



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus

Hytönen, Pauliina

Rantio, Marja

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus

Pauliina Hytönen
Marja Rantio
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Pauliina Hytönen ja Marja Rantio

Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus

Vuosi 2011 Sivumäärä 50

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastoille. Tavoitteena oli, että Keuhkosairauksien klinikka voisi opinnäytetyön valmistuttua hyödyntää sitä ohjauksen kehittämiseen ja uusien työntekijöiden perehdytykseen. Opinnäytetyö toteutettiin Kolmiosairaala-hankkeessa, joka on HUS/HYKS Medisiinisen tulosyksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteishanke.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, joka toteutettiin haastattelemalla Keuhkosairauksien klinikan neljää sairaanhoitajaa, joista yksi oli kuntoutusohjaaja. Haastattelun teemat olivat potilaan hoitopolku, ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät sekä ammattiryhmät, jotka osallistuvat potilaan ohjaukseen. Haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä saaduista tuloksista piirrettiin kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus QPR ProcessGuide ohjelmalla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjaus jakautuu kolmeen vaiheeseen: ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen toteutus ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Potilasohjaukseen osallistuvat lääkäri, sairaanhoitaja, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Ohjauksen keskeiset sisällöt olivat sairauden perusasiat, kotihappihoito, happirikastimen turvallinen käyttö sekä kotona selviytyminen. Ohjaus on yleensä yksilöohjausta ja sitä toteutetaan useimmiten potilashuoneissa. Ohjausmenetelmät ovat suullinen, kirjallinen, demonstraatio ja puhelinohjaus.

Opinnäytetyön tuloksia ja prosessikuvausta voidaan hyödyntää toiminnan tarkastelussa ja kehittämisessä Keuhkosairauksien klinikalla.

Kehittämisehdotukset Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolle ovat ryhmäohjauksen harkitseminen potilasohjauksen ohjausmenetelmänä sekä ohjauksen sisältöjen jakaminen selkeämmin eri ammattiryhmien kesken. Jatkotutkimusaiheina voisivat olla tutkimus kuntoutusohjaajan ja sairaanhoitajan antaman ohjauksen eroavaisuuksista sekä tutkimus siitä miten potilas kokee saamansa ohjauksen aloitettaessa kotihappihoitoa.

Asiasanat: Happihoito, keuhkohtaumatauti, potilasohjaus, prosessikuvaus

Pauliina Hytönen and Marja Rantio

A process description of patient guidance of a patient who starts home oxygen therapy

| | | | |
|------|------|-------|----|
| Year | 2011 | Pages | 50 |
|------|------|-------|----|

The purpose of the thesis was to produce a process description of patient guidance of a patient who starts home oxygen therapy in the hospital district of Helsinki and Uusimaa, Triangle Hospital, in the clinic for Pulmonary Diseases. The intention was that with the process description the clinic of pulmonary diseases can develop their patient guidance and use it when training new employees. The thesis was carried out in the Triangle Hospital -project which is a collaboration project between the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, the Medical Unit and Laurea Otaniemi University of Applied Sciences.

Qualitative method was used as a research method. The study material was gathered with a theme interview which was conducted by interviewing four nurses of the Clinic for Pulmonary Diseases. One of the nurses was also a rehabilitation nurse. The themes of the interview were patient's care path, contents of guidance, methods of guidance and professionals who participate in patient guidance. The interview was recorded and the information from the interview was transcribed. The material was analyzed by using material-based content analysis. With help of the findings of material-based content analysis a process description of patient guidance of a patient who starts home oxygen therapy was created using QPR ProcessGuide program.

The findings of the thesis were that patient guidance of a patient who starts long-term oxygen therapy is divided to three periods in the process description: determining the need for patient guidance, completion of patient guidance and confirming the continuity of treatment. The participants who participated in the patient guidance were a doctor, a nurse, a rehabilitation nurse, a physiotherapist, a dietician and a social worker. The contents of the guidance were basic information of the disease, home oxygen therapy, secure usage of home oxygen therapy and coping at home. The guidance was usually individual guidance and it happened in patient rooms. As guidance methods nurses use oral and written information, a demonstration and phone guidance.

The findings of the thesis and the process description can be used in observing and developing the functioning in the Clinic for Pulmonary Diseases.

Developing suggestions for the Clinic for Pulmonary Diseases are considering group guidance as a guidance method and assigning the guidance contents more clearly to different professional groups. Further research topics could include the differences between a rehabilitation nurse's and a nurse's guidance and how the patient feels about the guidance received when starting home oxygen therapy.

Key words: Patient guidance, oxygen therapy, chronic obstructive pulmonary disease, process description

Sisällys

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Kotihappihoidon aloitukseen tuleva potilas | 7 |
| 2.1 | Keuhkohtaumatautipotilaan hoito | 7 |
| 2.2 | Pitkäaikainen kotihappihoito | 9 |
| 3 | Potilasohjaus hoitotyössä | 10 |
| 3.1 | Ohjaus prosessina | 11 |
| 3.2 | Ohjausmenetelmät | 13 |
| 3.3 | Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjaus | 15 |
| 4 | Prosessikuvaus | 17 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset | 18 |
| 6 | Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut | 18 |
| 6.1 | Tutkimusmenetelmä | 18 |
| 6.2 | Aineistonkeruumenetelmä | 19 |
| 6.3 | Aineiston analysointi | 20 |
| 7 | Opinnäytetyön tulokset | 23 |
| 7.1 | Ohjauksen tarpeen määrittely | 24 |
| 7.2 | Ohjauksen toteutus | 27 |
| 7.3 | Hoidon jatkuvuuden varmistaminen | 31 |
| 7.4 | Ohjauksessa käytettävät menetelmät | 33 |
| 8 | Pohdinta | 33 |
| 8.1 | Opinnäytetyön eettisyys | 33 |
| 8.2 | Opinnäytetyön luotettavuus | 35 |
| 8.3 | Tutkimustulosten pohdinta | 37 |
| 8.4 | Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet | 38 |
| | Lähteet | 40 |
| | Kuviot | 43 |
| | Taulukot | 43 |
| | Liitteet | 44 |
| | Haastatteluteemat ja -kysymykset | 45 |
| | Tiedote haastatteluun osallistuville | 46 |
| | Suostumus haastatteluun osallistumisesta | 47 |
| | Haastateltavien taustatietolomake | 48 |
| | Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus | 49 |

1 Johdanto

Vuonna 2008 viidennes väestöstä tupakoi päivittäin (Tilastokeskus 2009). Keuhkohtaumataudin yleisyys on suoraan verrannollinen väestön tupakointitapoihin parinkymmenen vuoden viiveellä. Kotihappihoitoa käytetään apuna erityisesti vaikean keuhkohtaumataudin hoidossa. (Käypä hoito 2009.) Kotihappihoidossa happea annetaan yleisimmin happirikastimella (Vesterinen 2010, 159). Tämä pienivirtauksinen kotihappihoito vähentää potilaan oireita, sillä krooninen hapenpuute voi aiheuttaa esimerkiksi yöllisiä rytmihäiriöitä (Käypä hoito 2009). Hoitopäätös kotihappihoidon aloittamisesta tehdään Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolla tai poliklinikalla (Vesterinen 2010, 158). Suomessa on jo pitkään pyritty lisäämään kotiin annettavia palveluja (Vaarama & Noro 2005). Kotihappihoito kuuluu palveluihin, jotka edesauttavat potilaan kotona asumista pidempään.

Käsitteenä ohjaus tarkoittaa ohjaajan ja ohjattavan välistä vuorovaikutusta. Se on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250.) Ohjausta antava henkilö auttaa, opastaa ja tukee potilasta (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005b, 27). Kotihappihoitoa käyttävillä potilailla yksi tärkeimmistä asioista elämänhallinnan kohentamisessa on potilasohjaus (Rikkilä-Kettunen 2001).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvausten tuottaminen. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, ja se kuuluu HUS/HYKS Medisiinisen tulosyksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulun Kolmiosairaala-yhteishankkeeseen. HUS/HYKS Medisiinisen tulosyksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteishankkeen tarkoituksena on tutkia, kehittää, mallintaa ja tuottaa ohjaus- ja neuvontapalveluja, toimintaprosesseja ja ohjausmateriaaleja. Tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2007.) Opinnäytetyöaihe liittyy hankkeeseen, koska ohjausta mallinnetaan tuottamalla prosessikuvaus.

Tämä opinnäytetyö tehdään HUS/HYKS Medisiiniseen tulosyksikköön kuuluvalla Keuhkosairauksien klinikalle. Keuhkosairauksien klinikalla hoidetaan tavallisimpia keuhkosairauksia sairastavia potilaita kuten astmaa, keuhkohtaumatautia ja unenaikaisia hengityshäiriöitä sairastavia. Suurin osa Keuhkosairauksien klinikan potilaista tulee sairaalaan päivystysläheteellä. (Keuhkosairauksien klinikka 2010.)

2 Kotihappihoidon aloitukseen tuleva potilas

Suomessa kotihappihoitoa on ollut vuodesta 1984. Happirikastimia on ympäri Suomea kotikäytössä noin 2000 kappaletta. Keuhkosairauksien klinikan potilaita käyttäjistä on noin 160 potilasta. Nuorin potilas noin 18 vuotias ja vanhin yli 90 vuotias. Kotihappihoitoa käyttävien potilaiden diagnooseja ovat esimerkiksi keuhkohtaumatauti, keuhkoveritulpan jälkitila, keuhkosityöpä ja astma. (Kuntoutusohjaaja 2009.)

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kotihappihoidon aloitukseen tuleva potilas, potilasohjaus ja prosessikuvaus. Opinnäytetyössä keskitytään pitkäaikaisen kotihappihoidon tarpeessa oleviin potilaisiin. Aihe rajattiin käsittelemään pääsääntöisesti keuhkohtaumatautia, sillä keuhkohtaumatautia sairastavilla potilailla kotihappihoito on usein pitkäaikaista.

2.1 Keuhkohtaumatautipotilaan hoito

Keuhkohtaumatauti, Chronic Obstructive Pulmonary Disease eli COPD, on sairautena hitaasti etenevä. Se aiheuttaa yleensä korjaantumaton vauriota keuhkoihin aiheuttaen hengitysteiden ahtaumaa ja uloshengityksen virtauksen hidastumista. Suurin vaaratekijä keuhkohtaumatautiin on tupakointi. Taudin varhainen toteaminen on tärkeää, sillä tupakoinnin lopettaminen parantaa ennustetta varsinkin taudin aikaisessa vaiheessa. Taudin alkuvaiheessa potilas on oireeton tai tottunut oireisiinsa. Tyypillisimpiä oireita keuhkohtaumataudissa on yskä, limannousu, hengityksen vinkuna ja räsitushehku, mikä voi pitkälle edetessä ilmetä jo pienessäkin rasituksessa. Pitkälle edenneessä keuhkohtaumataudissa toistuvat hengitystietulehdukset ovat tyypillisimpiä oireita. (Käypä hoito 2009.)

Keuhkohtaumatautia sairastavalle potilaalle voi tulla pahenemisvaiheita, jolloin hän tarvitsee sairaalahoitoa. Merkkeinä ovat lisääntynyt hengenahdistus, turvotukset vartalolla, mahdolliset yskökset ja hengitys vinkuu. Sairauden pahenemisvaiheessa potilas kärsii lepohenahdistuksesta. Silloin potilaan hengitystaajuus on suurentunut ja hän käyttää myös apuhengitysilhaksiaan hengittämiseen. (Käypä hoito 2009.)

Lääkehoitona oireisessa keuhkohtaumataudissa käytetään keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä sekä kortikosteroideja tai näiden yhdistelmiä. Keuhkoputkia laajentavat lääkkeet helpottavat ahdistusoireita. Tulehdusta lieventäviä kortikosteroideja ei nykyään määrätä potilaille, jos niille ei ole vastetta. Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen aikana sairaalassa potilas saa usein kortisoni- ja antibioottilääkehoitoa. (Käypä hoito 2009.)

Vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastava kärsii usein aliravitsemuksesta. Potilas ei silloin saa tarpeeksi energiaa ruokavaliostaan tai energiankulutus on lisääntynyt, koska hengityslihasten hapenkulutus on lisääntynyt. Myös kuntoutus on tärkeää, sillä se vähentää hengenahdistusta ja voimattomuutta sekä lieventää masennusta ja ahdistusta. Keuhkojen fysioterapia, varsinkin vastapainehengitys, on tyypillistä keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen hoidossa. Vastapainehengitys eli vesipulloon puhallus auttaa tyhjentämään keuhkoputkia. (Käypä hoito 2009.)

Potilaalle voidaan tehdä monia erilaisia tutkimuksia. Niiden perusteella määrätään happihoito ja potilaan lääkitys. Keuhkokudoksen toiminnan arvioinnissa potilaille tehdään usein keuhkojen diffuusiokapasiteettimittaus. Diffuusiokapasiteettituloksen perusteella voidaan tehdä päätöksiä esimerkiksi kortisonihoidon aloittamisesta tai annoksen muuttamisesta. Tutkimuksessa potilas hengittää keuhkoihin testikaasuseosta ja pidättää hengitystä noin 10 sekuntia. Testikaasuseos sisältää happea, typpeä, hiilimonoksidia ja heliumia. Diffuusiokapasiteetti on sitä suurempi, mitä enemmän hiilimonoksidia poistuu hengityksen pidätyksen aikana keuhkorakkuloista verenkiertoon. Heliumin laimentunut pitoisuus kertoo keuhkojen koosta. Diffuusiokapasiteetti on pienentynyt potilailla, jotka ovat esimerkiksi tupakoineet pitkään. (Piirilä & Sovijärvi 2006, 565–569.)

Keuhkohtaumataudin diagnoosi perustuu usein virtaustilavuusspirometriassa todettuun hengitystieahtamaan. Spirometriassa yksi tärkeistä suureista on uloshengityksen sekuntikapasiteetti (FEV1), jonka avulla määritellään taudin vaikeusaste. (Rytilä & Kinnula 2005, 2421–2430.) Spirometriassa mitataan keuhkojen toiminnallista tilavuutta ja ilman virtausta. Tutkimuksessa potilas suorittaa ohjattuna useita maksimaalisia puhalluksia. (Huslab 2010b.) Samalla potilailta mitataan uloshengityksen huippuvirtaus (PEF), joka on pienentynyt suurimmalla osalla keuhkosairauksia sairastavista potilaista. PEF eli Peak Expiratory Flow mittaa, kuinka nopeaan uloshengitykseen potilas pystyy syvän sisäänhengityksen jälkeen. (Mustajoki & Kaukua 2008.) Potilailta otetaan lisäksi keuhkojen röntgenkuva, joka näyttää usein normaalilta. Laboratoriotutkimuksilla poissuljetaan muita tauteja ja mahdollinen akuutti infektio. EKG:llä nähdään potilaan mahdolliset rytmihäiriöt. (Käypä hoito 2009.)

Keuhkosairautta ja hapenpuutetta selviteltäessä potilaasta otetaan osastolla yleensä valtimoverinäyte eli verikaasuanalyysi. Valtimoverinäyte on kertanäyte, ja lääkäri ottaa sen yleensä kynnärvaltimosta tai rannevaltimosta. Valtimoa painetaan muutama minuutti tutkimuksen jälkeen ja kohtaan asetetaan paineside muutamaksi tunniksi. Näyte analysoidaan siihen tarkoitettulla laitteella välittömästi. Tuloksesta nähdään potilaan valtimoveren happiosapaine (pO_2) ja happo-emästasapaino. Normaali valtimoveren happiosapaine on keskimäärin > 11 kPa, kilopascalina. (Huslab 2010a.)

2.2 Pitkäaikainen kotihappihoito

Kotihappihoitoa käytetään apuna varsinkin vaikean keuhkohtaumataudin hoidossa. Lievässä tai keskivaikeassa keuhkohtaumataudissa kotihappihoidosta ei ole osoitettu olevan hyötyä. (Käypä hoito 2009.) Kotihappihoidon hoitopäätös tehdään erikoissairaanhoidossa keuhko-osastolla tai -poliklinikalla (Vesterinen 2010, 158). Rikkilä-Kettusen (2001, 12) mukaan pysyvään happihoitoon päädytään kun keuhkojen toimintakapasiteetista on jäljellä enää noin 30%.

Vaikeassa keuhkohtaumataudissa keuhkojen toiminta huononee vähitellen. Valtimoveren happikylläisyys vähenee pysyvästi ja kudokset kärsivät hapenpuutteesta. Krooninen hapenpuute voi aiheuttaa esimerkiksi yöllisiä rytmihäiriöitä. Pienivirtauksinen happihoito kotona vähentää oireita ja pienentää kuolleisuutta. (Käypä hoito 2009.) Rikkilä-Kettusen (2001, 12) mukaan potilaan käyttäessä happihoitoa vähintään 15 tuntia vuorokaudessa, elinaika pitenee noin 3,5 vuotta.

Ehtona kotihappihoidon aloitukseen on tupakoimattomuus ja hoitoon sitoutuminen, lisäksi pitkäaikaisesta keuhkosairaudesta johtuva krooninen hapenpuute ja happihoidon hoitovaste (Käypä hoito 2009). Kotihappihoidon aloittamisen kriteerien mukaan potilaan valtimoverinäytteen happiosapaine, eli pO_2 tulisi olla alle 7,3 kPa, kilopascalina pysyvästi. Kun kotihappihoito aloitetaan, seuranta tapahtuu säännöllisesti noin 6–12 kuukauden välein ja happilisää säädetään tarpeen mukaan. (Vesterinen 2010, 158–159.)

Kotihappihoidossa happea annetaan yleisimmin happirikastimella. Tämä laite suodattaa huoneilmasta pois typen ja epäpuhtaudet ja rikastaa yli 90 % happea hengitettäväksi. Happea hengitetään happiviiksien tai -naamarin avulla. Yleisin happivirtaus on 1 - 4 litraa minuutissa. Happirikastin toimii sähköllä ja saattaa olla äänekäs. Tästä syystä happirikastin kannattaa sijoittaa johonkin muuhun huoneeseen, kuin siihen missä nukkuu. Tupakointi ja avotulen teko rikastimen lähellä on ehdottomasti kiellettyä. Happirikastin huolletaan kerran vuodessa erikoissairaanhoidon lääkintälaittehuollossa. Uudet happiletkut ja -viikset potilas saa maksutta terveyskeskuksen hoitotarvikejakelusta. Usein kotipalvelu tai kotisairaanhoido hoitaa happirikastimen kotona tapahtuvan huollon mahdollisen käynnin yhteydessä. (Vesterinen 2010, 159.)

Kotona tapahtuvaan happihoitoon on vaihtoehtoina happirikastimen lisäksi myös nestemäinen happi tai kaasumainen happi (Happihoito kotona 2007). Kaasumaisia happipulloja on 2, 5, 10 ja 20 litran kokoisia, sekä kevythappipulloja, noin 2,3 kg. Happipullojen käyttäjän tulee arvioida niiden riittävyttä. Esimerkiksi kahden litran happipullo yhden litran minuuttivirtauksella riittää noin kuudeksi tunniksi. Happipullon kuljettamiseen tarvitaan reppu tai kuljetuskärry. Happipullot huolletaan vuokrauspisteissä. Potilas tarvitsee reseptin vuokraussopimusta var-

ten. Reseptissä on mainittu hengitettävän hapen määrä litroina minuutissa. (Vesterinen 2010, 159.)

Nestemäinen happi on sellaisten potilaiden käytössä jotka liikkuvat paljon tai käyvät esimerkiksi töissä. Nestemäinen happi on kallein, mutta kätevin happihoitomuoto. Potilas vuokraa kotiinsa suuren kotisäiliön joka painaa 70 kg. Tästä säiliöstä potilas voi täyttää pienemmän kannettavan säiliön useita kertoja. Nestemäinen happi on hyvin kylmää, noin -184 °C. (Vesterinen 2010, 160.)

Pitkäaikaista kotihappihoitoa käyttävä potilas asuu kotonaan ja käyttää normaalissa arjessa selviytymisessä apunaan yleisimmin happirikastinta, jonka saa kuntoutusohjaajan kautta pääsääntöisesti Kelan korvaamana. Asiakas saa ohjausta happirikastimen oikeanlaiseen käyttöön ja muita tarvitsemiaan tietoja. (Vesterinen 2010, 160.) Elofsson (2003) mainitsee, että keuhkohtaumatautia sairastava kotihappihoitoa tarvitseva potilas kärsii usein hengenahdistuksesta, tuntee väsymystä ja hänellä voi olla häiriintynyt unirytm. Sairaimmilla on lisäksi kipuja, heikotusta, kuiva suu, ruokahalun katoamista ja ummetusta. Masennus ja ahdistuminen eivät myöskään ole epätavallisia oireita. Lisäksi potilaat kuvattiin riippuvaisiksi perheestään, ystävistään tai kotihoidosta. Potilaat saattavat tuntea itsensä sosiaalisesti eristyneiksi. (Elofsson 2003.)

Rikkilä-Kettunen (2001) on kirjoittanut pro gradu -tutkielman aiheesta elämänhallinta pitkäaikaista happihoitoa käyttävillä potilailla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla happihoitoa käyttävien potilaiden käsityksiä ja kokemuksia elämänhallinnastaan. Tutkimuksessa kerrottiin, että pitkäaikaista happihoitoa käyttävät potilaat ovat keskimäärin 65–70-vuotiaita. Tutkimuksen ikäjakama oli verrannollinen muihinkin samanlaisiin tutkimuksiin. Tutkimuksen perusteella asiakkaiden hengenahdistus oli keskeinen ongelma. Happirikastinlaite oli potilaille erittäin tärkeä apuväline, mutta samalla myös toimintakykyä rajoittava tekijä. Potilaat kärsivät hengenahdistuksesta liikkeessa ja happirikastinlaite rajoitti toimintakykyä vielä lisää, vaikka samalla auttoikin pärjäämään kotona. Erilaiset pelkotilat olivat myös asiakkaiden toimintakykyä rajoittavia tekijöitä. Pelkoa aiheuttivat esimerkiksi hengenahdistus, yksinäisyys ja jatkuvat sairaalahoidot. (Rikkilä-Kettunen 2001.) Elofssonin (2003) ja Rikkilä-Kettusen (2001) tutkimuksissa tuli ilmi, että happirikastinlaite auttaa kotona pärjäämisessä pidempään. Heidän mukaansa kotihappihoitoa käyttävät asiakkaat saattavat silti olla tyytymättömiä elämäänsä ja saattavat kaivata lisätukea.

3 Potilasohjaus hoitotyössä

Potilaiden ohjaus on yksi keskeisimmistä alueista hoitotyössä (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 209). Potilasohjaus perustuu lakiin. Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan. Terveiden-

huollon ammattihenkilön on annettava potilaalle tietoa siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Käsitteenä ohjaus tarkoittaa ohjaajan ja ohjattavan välistä vuorovaikutusta, joka on sidonnainen ohjattavan ja ohjaajan kontekstiin, eli heidän taustoihinsa, sekä on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Ohjaajan ammatillinen vastuu, eettinen pohdinta sekä ohjausvalmiudet ovat pohjana ohjausta annettaessa. (Kääriäinen, Kyngäs 2005a, 250.) Lähtökohtina ohjauksessa voidaan pitää potilaan aikaisempia kokemuksia, tietoja sekä elämäntilannetta. Tämän perusteella ohjausta antavan henkilön tulee auttaa, opastaa ja tukea potilasta. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005b, 27.)

Potilaiden hoitoajat lyhenevät ja kotiutukset tapahtuvat nopeammin kuin aiemmin. Hoitohenkilökunnalle jää lyhyempi aika ohjata potilaita. (Kääriäinen ym. 2005b, 30.) On hyvin tärkeää, että kotiutuessaan potilas ymmärtää kotihoito-ohjeet ja osallistuu omaan hoitoonsa aktiivisesti (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1). Itsensä hoitaminen ja kotona selviytyminen on tavoitteena potilasta ohjattaessa (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 213). Isola ym. (2007, 52) tutkivat iäkkäiden kokemuksia potilasohjauksesta ja heidän tutkimuksessaan tuli ilmi, että onnistuessaan potilasohjaus lisää elämänlaatua sekä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien kasaantumista voitiin torjua.

Potilasohjaus on vuorovaikutuksellista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa ohjaajan ja potilaan välillä. Ohjaus on sidoksissa potilaan ja ohjausta antavan taustaan, ohjauksen sisältö määräytyy tämän taustan mukaan. (Lipponen ym. 2006, 6.) Esimerkiksi keuhkohtaumatautiin sairastava potilas saa erilaista ohjausta kuin syöpään sairastava potilas, ja pitkään jotakin sairautta sairastanut saa todennäköisesti erilaista ohjausta kuin juuri diagnoosin saanut potilas. Ohjauksessa on tärkeää potilaan tarpeiden mukainen ohjaus (Lipponen ym. 2006, 11).

3.1 Ohjaus prosessina

Ohjaus on prosessi, johon kuuluu tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä jatkuvuus. Potilaan hoidon kaikissa vaiheissa tulee huomioida nämä vaiheet. Potilaan ohjaaminen on hyvä aloittaa jo heti potilaan hoidon alkaessa. On tärkeää, että potilas saa yksilöllistä ja oikeanlaista ohjausta hoitonsa eri vaiheissa. Ohjauksen tulisi olla potilaan tarpeista lähtöisin ja yksilöllistä. Samanlainen ohjaus koko hoitopolun ajan vähentää mielenkiintoa ohjattavaa asiaa kohtaan ja potilas voi kokea olonsa aliarvioituksi. Ohjauksen vaikuttavuutta on tärkeää havainnoida, jotta voidaan arvioida tarvitaanko ohjausta lisää jatkossa. (Lipponen ym. 2006, 10–11, 16.)

Ohjausta suunnitellessa tulisi huomioida potilas kokonaisuutena, eli huomioida niin psyykkinen, fyysinen kuin sosiaalinenkin puoli. Potilasohjauksen suunnittelun tulisi lähteä potilaan

tarpeista. On tärkeää huomioida mitä potilas jo tietää ohjattavasta asiasta ja mitä hän haluaa tietää sekä mitä hänen pitää tietää. Ohjaajan on myös hyvä huomioida mikä on potilaalle paras tapa antaa ohjausta ja miten potilas ohjausta ottaa vastaan. Potilasohjaus on tavoitteellista toimintaa, joten ohjauksessa tulee olla jokin tai joitain tavoitteita. Nämä tavoitteet määrittävät ohjauksen sisällön. Tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. Tavoitteiden asettaminen pitkän ja lyhyen aikavälin tavoitteiksi auttavat saavuttamaan päämääriä. Onnistumisen tunne saavuttaessa jonkin tavoitteen lisää potilaan motivaatiota hoitoon. (Kääriäinen ym. 2005b, 28.)

Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola ja Torppa (2005a) tutkivat potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta. Heidän mukaansa potilaat kokivat, että potilaiden elämäntilannettaan ei aina huomioitu eikä heillä ollut mahdollisuutta keskustella ongelmistaan.

Onnistunut ohjaus koostuu ohjaajan riittävästä tiedoista ohjattavasta asiasta, ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä sekä eri oppimismenetelmistä. Ammattitaitoisen ohjauksen tulisi perustua näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. Tärkeää ohjauksessa on myös ohjaustilan valinta. (Kääriäinen ym. 2005b, 28.) Sairaalamailmassa on välillä haastavaa löytää rauhallinen tila missä ohjausta toteutettaisi. Käytännössä ohjausta annetaan potilashuoneessa muiden potilaiden läsnä ollessa. Isola ym. (2007, 56) mukaan myös ohjausajat saattavat jäädä liian lyhyiksi tai sovitut ajat voivat muuttua. Nämä koettiin ongelmallisiksi.

Ohjaajan tulee tiedostaa ihmisten erilaiset tiedon omaksumistavat, jotta hän voi valita parhaat mahdolliset ohjausmenetelmät potilaalle. Joillekin potilaille voi olla helpompi omaksua tietoa kielellisesti, toinen omaksuu tiedon helpommin visuaalisesti. (Kääriäinen ym. 2005b, 28.) Ohjaustilanteen lopuksi Kääriäinen ym. (2005b, 28) kehottavat kertaamaan keskeisimmät ohjattavat asiat, riippumatta siitä miten ihminen omaksuu uusia asioita, koska parhaiten muistetaan ensimmäinen ja viimeinen asia.

Toiminnan arviointi on oleellinen osa ohjausprosessia. Arviointia voidaan tehdä pitkällä sekä lyhyellä aikavälillä. Ohjauksessa asetettujen tavoitteiden arviointi on tärkeää. Tavoitteiden saavuttaminen voi johtaa parempiin tuloksiin sekä toiminnan hallintaan. Tavoitteita saavuttamalla ja niitä arvioimalla potilaalle nousee tietoisuus itsestään toimijana. Toisaalta taantumien tai epäonnistumisien arviointi on tärkeää. Niitä läpikäymällä potilas voi tehdä muutoksia toimintatapoihinsa ja pyrkiä pitämään kiinni muutosten tuloksista. Sairaanhoidajan on hyvä tukea ja antaa palautetta. (Kääriäinen ym. 2005b, 29.)

Yhdelle potilaalle yhdellä sairaalakäynnillä saattaa ohjausta antaa moni potilaan hoitoon kuuluva henkilö. Tämän takia on tärkeää, että ohjausta antavilla on selvillä mitä potilaalle on jo kerrottu ja mitä ohjausta hän vielä kaipaisi. On myös tärkeää selkeyttää työnjakoja ja yhte-

näistää käytäntöjä sekä lisätä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. (Lipponen ym. 2006, 19.) Ohjausta antavilla on eri lähtökohdat antaa ohjausta. Ohjaustilanteet vaihtelevat ohjaajasta riippuen. Ohjeet joiden pohjalta ohjataan voivat olla vanhentuneita, puutteellisia, ristiriitaisia tai niitä ei ole ollenkaan. Yhtenäisten ajan tasalla olevien ohjausmateriaalien olemassaolo olisi toivottavaa kaikkialla missä ohjausta tapahtuu. (Lipponen ym. 2006, 20.)

3.2 Ohjausmenetelmät

Potilasohjausta voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Potilaita voidaan ohjata yksilöllisesti tai ryhmissä. Ohjaus voi tapahtua suullisesti, demonstroimalla, potilas voi saada ohjauksen kirjallisena tai ohjaus voi tapahtua audiovisuaalisesti. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 210–212.)

Ohjauskeskustelussa tulee olla aina jokin päämäärä, jokin tavoite. Yleisimmin tämä päämäärä on hoidollisissa ohjaustilanteissa auttaa potilasta oppimaan jokin hänelle uusi asia, jolla on vaikutusta hänen elämäänsä. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä, juuri tälle potilaalle, juuri häntä koskeavasta aiheesta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9.) Kääriäinen ym. (2005b, 29) toteavat, että potilaat muistavat 75 % näkemästään, 10 % kuulemastaan ja 90 % ohjauksesta mitä ovat saaneet sekä näkö- että kuuloaistilla. Tarnin ja Flocken (2011, 255) mukaan potilaat muistavat 86 % tiedosta, josta on puhuttu. Heidän mukaansa varmistaakseen ohjauksen vaikutuksen, ohjaajaan on hyvä käyttää useita ohjausmenetelmiä.

Suullinen ohjaus on käytetyin ohjausmuoto (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211). Kääriäisen ja Kyngäksen (2005b, 211) mukaan suullinen ohjaus on potilasohjauksen kulmakivi vuorovaikutuksen takia. Vuorovaikutus mahdollistaa kysymysten esittämisen, käsitysten oikaisemisen ja tuen saamista. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska he kokevat saavansa tarpeistaan lähtevää ohjausta. He kokevat saavansa myös tukea aktiivisuuteen ja motivaatioon sekä pystyvät antamaan ja saamaan palautetta. He kokivat ilmapiirin vapaamuotoisemmaksi. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211.) Tarnin ja Flocken (2011) tutkimuksessa tutkittiin, kuinka hyvin potilaat muistavat lääkärin ohjauksesta lääkkeisiin liittyvää ohjausta. Heidän mukaan potilaat muistavat 86 % tiedoista, joista on puhuttu ohjauksen aikana ja kaksi kolmasosaa potilaista muistaa kaiken tiedon, mitä ohjauksessa oli kerrottu. Heidän mukaansa on turha jättää tietoja pois ohjauksesta ajatellen, että potilas ei kykene ottamaan kaikkea tietoa vastaa, vaan aiheesta tulee kertoa potilaalle kaikki tarvittava. (Tarn & Flocke 2011, 256.)

Kirjallista ohjausmateriaalia käytetään runsaasti (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211). Kääriäinen ym. (2006, 9) mukaan kolme neljäsosaa ohjausta antavista hallitsi kirjallisen materiaalin ohjauksen välineenä hyvin. Kirjallista ohjausta on hyvä antaa suullisen tueksi, jotta väärinkäsityksiltä välttyttäisiin (Kääriäinen ym. 2005a, 14). Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla potilaat pystyvät säilyttämään tietoa ja palauttamaan saatua ohjausta mieleen. Omaiset hyötyvät myös kirjallisesta materiaalista, koska luettuaan kirjalliset ohjausmateriaalit myös he ovat

tietoisia ohjeista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 212.) Isola ym. (2007, 60) mukaan puolet ikääntyneistä potilaista piti kirjallista potilasohjetta epäselvänä. Salaterä ym. (2005, 225) mukaan kirjallisessa ohjausmateriaalissa tulee kiinnittää huomioita erityisesti sisältöön. Lipponen ym. (2006, 67) mukaan kirjallisessa ohjeessa kielen tulee olla selkeää, ei ammattislangia, ohjeiden tulee olla päivitettyjä ja niistä tulee selvitä ohjeen tekijä sekä se mihin tarkoitukseen ohje on tehty.

Demonstraatiolla tarkoitetaan havainnollista esittämistä ja harjoittelua. Demonstroinnin tarkoituksena on näyttää potilaalle miten jokin asia tehdään. Potilas harjoittelee myös itse. Ohjauksen tulee mieluiten tapahtua toiminnan luonnollisessa ympäristössä tai sitä muistuttavassa ympäristössä. Palautteen antaminen on tärkeää demonstraatioissa, jottei vääriä toimintatapoja pääse syntymään. Parhaiten demonstraation käyttö sopii tilanteisiin missä opetetaan motorisia taitoja ja harjoitellaan käytännön taitoja. (Lipponen ym. 2006, 58–59.)

Potilaiden omaiset tarvitsevat potilaan lisäksi ohjausta ja tukea. Omaiset jakavat elämänsä potilaan kanssa, joten on tärkeää, että hekin tietävät mitä potilas sairastaa ja miten häntä hoidetaan. Omaisten osallistuminen hoitoon lyhentää potilaan sairaalassaoloaika (Lipponen ym. 2006, 44–53.) Isola ym. (2007, 58) mukaan potilaat kaipaivat omaisten osallistumista ohjaukseen. Omaisten mukanaolo ohjauksessa vähensi omaisten ahdistusta ja lisäsi omaisten kykyä tukea potilasta. Omaisten mukanaolo myös auttoi tiedon käyttämisessä ja tulkitsemisessä sekä helpotti lisäkysymysten esittämisessä. Väärinymmärrykset myös vähenivät. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211.) Omaisten ollessa mukana ohjaustilanteessa on tärkeää etukäteen selvittää potilaalta, mitä hän haluaa omaisen tietävän tilanteestaan ja hoidostaan (Lipponen ym. 2006, 46).

Ryhmäohjausta pidetään tehottomampana kuin yksilöohjausta. Potilaat, joilla on samaan aiheeseen liittyvä ohjaustarve kuitenkin hyötyvät ryhmäohjauksesta. Keskustelumaisesti toteutettu ryhmäohjaus antaa potilaille tietoa sekä mahdollistaa tukiverkoston luomista ryhmän jäsenistä. Ryhmä jakaa tukea toisilleen, mikä auttaa hyväksymään sairauden ja sopeutumaan siihen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211.) Isola ym. (2007, 60) tutkimuksessa iäkkäämmät potilaat kokivat, että ryhmäohjausta oli vähän ja he kaipaivat sitä enemmän vertaistuen takia. Isola ym. (2007, 87) mukaan paras aika ryhmäohjaukselle on silloin, kun sairastumisesta on kulunut vasta vähän aikaa.

Audiovisuaalisella ohjauksella tarkoitetaan erilaisten teknisten laitteiden käyttöä ohjauksen apuna. Puhelin, tietokone, dvd:t, videot ja äänitiedostot, cd:t ja äänikasetit kuuluvat tähän ryhmään. Ohjausmenetelmistä audiovisuaalinen on vähiten käytetty. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 212.) Monet potilaat toivovat ohjausta videoina. Video-ohjauksesta hyötyvät etenkin potilaat, joiden on, syystä tai toisesta, hankala lukea. Äänitiedostot ohjauksen välineenä

mahdollistaa ajasta ja paikasta riippumattoman ohjauksen sekä niitä on helppo räätälöidä yksilöllisesti potilaille. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 212.)

Tietokonetta ohjauksen välineenä ei vielä käytetä kovinkaan paljoa. Tietokoneohjelmia käytettiin yhdessä kirjallisen materiaalin kanssa. Tietokoneen käyttö ohjauksessa lisäsi potilaiden tietoa sekä edisti toivottua hoitokäyttäytymistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 212.)

Puhelinohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan ohjausta puhelimitse. Puhelinohjauksen hyötynä on se, ettei potilaan tarvitse tulla hoitopaikkaan paikan päälle, vaan ohjaus voidaan toteuttaa puhelimitse. Ohjaavan henkilön on kuitenkin puhelimitse arvioitava tarvitseeko potilas lääkärihoitoa ja ohjata tarvittaessa potilas jonnekin hoitoon. (Lipponen ym. 2006, 77.) Kääriäisen ja Kyngäksen (2005b, 212) mukaan audiovisuaalisesti ohjattaessa on helpompi ohjata myös omaisia sekä potilaiden on helpompi palauttaa asioita mieleensä ja väärinkäsityksiä pystyttyin selvittämään.

3.3 Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjaus

Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan on erittäin tärkeää saada tietoa omasta hoidostaan pärjätäkseen kotona. Rikkilä-Kettusen pro gradu-tutkielmassa (2001) kotihappihoitoa käytävillä potilailla yksi tärkeimmistä asioista elämänhallinnan kohentamisessa oli potilasohjaus. Tutkimuksen mukaan tiedon saanti ja itseluottamuksen vahvistaminen sairaanhoitajilta vähensi potilaiden pelkotiloja. Näin ohjaus nousi tärkeäksi välineeksi elämänhallinnan kohentamisessa. Tätä opinnäytetyötä ajatellen oleellinen asia tutkimuksessa oli se, että pitkäaikaisen happihoidon aloitus oli haastattelujen perusteella kriittinen vaihe monelle potilaalle. Yksilöllisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen sairaanhoitajan osalta auttoi potilaan elämänhallintaa motivaation parantumisenä ja avuttomuuden sekä toivottomuuden vähenemisenä. Tuen antamisessa korostui kuntoutusohjaajan rooli.

Puhakka (2007) on kirjoittanut Pro gradu-tutkielman aiheesta Happidikastinpotilaiden näkemyksiä elämänlaadustaan ja hoitohenkilökunnalta saadusta tuesta. Tutkimuksessa oli tavoitteena kuvata happidikastinpotilaiden elämänlaatua ja hoitohenkilökunnalta saatua tukea. Tutkimuksessa teemahaastateltiin kahdeksaa keuhkohtaumatautiä sairastavaa potilasta, joilla oli ollut happidikastin vähintään yhden vuoden käytössä. Puhakan (2007, 20–37) tutkimuksessa selviää, että potilaat sopeutuivat kotihappihoitoon pysyvänä hoitomuotona ja se vaikutti heidän elämänlaatuunsa. Tutkimuksen mukaan happihoito paransi elämänlaatua. Happihoito mahdollisti kotona asumisen sekä kohensi vointia. Happidikastinhoito auttoi varsinkin hengenahdistuksen oireisiin. Potilaiden yöunen laatu parani myös. Kielteisenä asiana mainittiin se, että happidikastinhoito rajoitti elämää. (Puhakka 2007, 20–37.)

Kotona pärjääminen mahdollistuu hyvän ja selkeän potilasohjauksen kautta. Osa koki saaneensa esimerkiksi tarpeeksi ohjausta, kun taas osa koki tarvitsevänsä enemmän ohjausta. Potilaan tukeminen varsinkin hoidon aloitusvaiheessa oli tärkeää. (Puhakka 2007, 21.) Potilaille hoitohenkilökunnan ystävällisyys oli tärkeä asia ja mainittiin tueksi. Kuntoutusohjaajan kotikäyntiä pidettiin merkityksellisenä. (Puhakka 2007, 39–40.)

Ohjausta antava asiantuntija pohjaa ohjauksensa tietoon. Ohjauksessa on otettava kuitenkin huomioon se, että ohjattavilla on omia näkemyksiä ja kokemuksia tilanteestaan. (Vehviläinen 2001.) Potilasohjauksessa käsitellään monia asioita, osaa asioista ohjataan kun ohjaukselle tulee tarve. Matilainen (2010, 148) mainitsee, että keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa tupakoinnin lopettamista tuetaan kaikin keinoin. Syynä tähän on se, että tupakoinnin lopettaminen on ainoa keino joka hidastaa sairauden kulkua. Kotihappihoitoa ei edes aloiteta, ellei potilas ole ollut kuutta kuukautta tupakoimatta. (Matilainen 2010, 148.)

Jos potilas on ylipainoinen, on ohjauksessa huomioitava lihavuuden hoito, koska ylipaino heikentää hengitysfunktiota lisää. Jos potilas on alipainoinen, kannustetaan potilasta syömään monipuolisesti ja käyttämään runsasenergiisiä ruokatuotteita. Ohjauksessa käsitellään myös potilaan pahenemisoireiden tunnistamista. Merkkejä taudin pahenemisvaiheesta ovat korkea-kuumeinen hengitystietulehdus, yskösten märkäisyys tai värjäytyminen, potilaan huonontunut raskuuden ja ärsykkeiden sieto ja hengityksen vaikeutuminen, jolloin avaavat lääkkeet eivät tehoa normaalilla tavalla. (Matilainen 2010, 148–149).

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa käsitellään myös lääkahoitoa, eli lääkkeitä yleensä ja niiden haittavaikutuksia. Kortikosteroidien haittavaikutuksista ohjataan esimerkiksi ihon ohenemisesta, osteoporoosin riskistä ja suun sieninfektioista. (Matilainen 2010, 148).

Potilaan mahdollisista sosiaalisista eduista ohjaaminen on myös tärkeää. Tarvittaessa potilas voi tavata sosiaalityöntekijän lisätietoja varten. Potilas on oikeutettu saamaan eläkkeensaajan hoitotukea kun hän on riippuvainen toisen henkilön avusta. Eläkkeensaajan hoitotuki korvaa lisäksi erityiskustannukset. Kuljetustukea voi hakea vapaamuotoisella lääkärintodistuksella. Lääkärin B-lausuntoa tarvitaan Kelalle lääkekorvausta ja laituskuntoutusta varten. Lääkärinlausunto C tarvitaan Kelan hoitotuen hakemista varten. Mahdollisuutena on myös terveyskeskuksen ryhmäohjaus, johon ei tarvita lähetettä. Lisäksi sairaanhoitaja huomioi potilaan mahdollisen omaishoitajan. Omaishoitajalle on mahdollista järjestää esimerkiksi vertaistukea. Lisäksi potilaalle saatetaan järjestää kotihoito. (Matilainen 2010, 148–149).

Kotona tapahtuvan happihoidon ohjaus on usein kuntoutusohjaajan vastuulla. Happihoito sisältää paljon ohjattavaa asiaa kuten laiteohjaus, mutta siinä on huomioitava moni muukin

asia. Potilaan tulee käyttää happea vain lääkärin määräämän annostuksen mukaan. Turvallisen käytön ohjaaminen on tärkeää, esimerkiksi nestemäinen happi on hyvin kylmää ja voi aiheuttaa väärinkäytettynä paleltumavammoja. Lisäksi happilaitteen läheisyydessä ei saa olla avotulta tulipaloriskin takia. (Happihoito kotona 2007.) Potilailla voi lisäksi kuivua nenän limakalvot happiviiksien käytön takia. Sierainten hoidossa on hyvä käyttää A-vitamiinitippoja säännöllisesti. Lisäksi sieraimia voidaan kostuttaa keittosuolaliuostipoilla. Happirikastimeen voidaan liittää kostutuspullo. (Vesterinen 2010, 159.)

4 Prosessikuvaus

Opinnäytetyön prosessikuvaus mallinnetaan QPR ProcessGuide ohjelmalla. QPR ProcessGuide ohjelma on prosessien kuvaamiseen tarkoitettu ohjelmisto (QPR Software Oy 2008). Prosessikuvauksia voidaan käyttää johtamisen välineenä parantamaan ja kehittämään organisaation toimintaa. Prosessikuvaukset auttavat jäsentämään asioita ja hallitsemaan kokonaisuuksia, ja niitä voidaan käyttää perehdytyksen ja koulutuksen välineenä. (Valtiovarainministeriö 2008, 3.) Laamanen (2007, 37) mainitsee, että ”prosessien tehtävänä on kuvata organisaation toiminnan logiikka”. Hänen mukaansa prosessikuvaukset auttavat näkemään sen mikä on keskeisintä tavoitteiden saavuttamisessa.

Sanaa prosessi voi käyttää monessa eri merkityksessä. Toimintaa, muutosta tai kehitystä voi ajatella prosessina. Toimintaprosessina voidaan ajatella joukkona toimintoja jotka liittyvät loogisesti toisiinsa. Resursseja tarvitaan toimintojen toteuttamiseen ja näiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset. (Laamanen 2007, 19.) Prosessit voivat olla yksittäisiä tai rinnakkaisia. Rinnakkaisissa prosesseissa asia etenee kahta, tai useita reittejä samaan aikaan. Prosessit ovat kuitenkin limittäisiä eli sisäkkäin, ne ovat osaprosesseja. Prosesseja voi olla olemassa ilman kenenkään käsitystä niiden toiminnasta. Tähän auttaa määrittely, kuvantaminen ja mallintaminen prosessikarttoja luomalla. Kuvauksen jälkeen prosessia voidaan tarkastella. Prosessien rakentamisen ideana onkin se, että niiden avulla asia voitaisiin hoitaa aina samalla tavalla. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 94–98.)

Prosessien tavoite on toiminnan kehittäminen ja parantaminen (Valtiovarainministeriö 2008, 3). Lisäksi prosessin onnistuessa hyvin asiakkaat kokevat saavansa hyvää palvelua, työntekijät ymmärtävät oman roolinsa paremmin ja toimintaa on helpompaa kehittää (Laamanen 2007, 22). Prosessikuvausta apuna käyttäen voidaan huomata potilaiden tarpeet ja vahvistaa heidän rooliaan olemalla osa omaa hoitoaan. Työntekijöiden vastualueiden selkeytyminen on tärkeää, sillä se vahvistaa heidän itseohjautuvuuttaan. (QPR Software Oy 2008.) Prosessiajattelun onkin lähdettävä asiakkaasta ja asiakkaan tarpeista (Laamanen, 2007, 21).

Laamasen (2007, 52) mukaan prosessien tulee alkaa asiakkaasta ja päättyä asiakkaaseen. Valmis prosessikuvaus on viestinnän väline, siksi sen tulee olla yksinkertainen, ja tarkoitukse-

na on auttaa katsojaa ymmärtämään toimintaa ja keskinäisiä vuorovaikutussuhteita (Laamanen 2007, 60–62).

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus HUS/HYKS Medisiinisen tulosyksikön Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastoille. Tavoitteena oli, että kyseinen yksikkö voi opinnäytetyön valmistuttua hyödyntää sitä ohjauksen kehittämiseen ja uusien työntekijöiden perehdytykseen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen hoitopolku?
2. Mitkä ovat kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät HUS Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastoilla?
3. Mitkä eri ammattiryhmät osallistuvat kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjaukseen?

6 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 161) kertovat laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana olevan todellisen elämän kuvaaminen. Kohdetta on pyrittävä tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja paljastaa jo olemassa olevia tosiasioita. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.) Opinnäytetyössä haluttiin kuvata ja ymmärtää ohjauksen prosessia ja potilaiden ohjausta Keuhkosairauksien klinikan vuodeosaston sairaanhoitajien kertoman pohjalta ja sen takia valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä.

Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä, ovat esimerkiksi ihmisten suosiminen tiedonkeruun instrumenttina, kohdejoukon valinta tarkoituksenmukaisesti, aineiston kokoaminen todellisissa tilanteissa, aineiston yksityiskohtainen tarkastelu sekä tapauksien ainutlaatuinen käsittely (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston koko ei ole oleellista, koska ei kuitenkaan etsitä tilastollisia säännönmukaisuuksia, vaan tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2007, 176).

6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu valittiin muodoksi, koska teema-alueet olivat etukäteen tiedossa, mutta haastattelussa esitettävistä kysymyksistä haluttiin melko vapaita. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Haastattelussa oli mukana tukilista käsiteltävistä asioista, mutta ei valmiita kysymyksiä. Haastattelussa käyttämiämme teemoja olivat: potilaan hoitopolku, ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät sekä ammattiryhmät, jotka osallistuvat potilaan ohjaukseen. Teemat oli valittu tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyksen pohjalta.

Ryhmähaastattelu valittiin haastattelun toteutusmuodoksi, koska näin sairaanhoitajat kokoonoutuivat yhteen ja täydensivät toistensa tietämystä. Ryhmähaastattelu saattoi olla Keuhkosairauksien klinikalle aikataulullisesti helpompi järjestää. Ryhmähaastattelu sopi haastattelumuodoksi, koska ryhmässä on mahdollista ilmetä uusia asioita ja haastatteliijoilla on enemmän vapautta haastatella.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 205–208, 210–212) toteavat haastattelun etuina olevan esimerkiksi joustavuus. Lisäksi haastateltavat on mahdollista tavoittaa myöhemminkin ja aiheiden järjestystä voidaan säädellä. Ongelmina voi olla aika, huolellisen suunnittelun vaatimus ja haastattelun harjoittelu. Lisäksi aineisto on tilannesidonnaista. Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, sillä samalla saadaan yhtä aikaa tietoja monelta haastateltavalta. Lisäksi koska kyse on muistinvaraisista asioista ryhmäläiset voivat auttaa toisiaan. Ryhmäkoko ei saa olla liian suuri, etteivät haastattelua äänittäessä puheenvuorot sekoitu toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–212).

Haastattelua harjoiteltiin etukäteen ja päätettiin, että haastattelulle varataan paljon aikaa. Haastattelukysymykset mietittiin jo valmiiksi (liite 1). Tiedostimme ennalta, että tutkimuksen edetessä kysymysten järjestys voi muuttua ja tarkentavia lisäkysymyksiä tulee olemaan, ja itse haastattelutilanne voi vaikuttaa paljonkin haastattelun etenemiseen. Vilka (2005, 106, 109, 111) antaa hyviä neuvoja haastattelua varten. Hänen mukaansa kysymyksiä ei saa olla liikaa ja haastateltaville tulisi kertoa ennalta tekeillä olevasta tutkimuksesta. Liitteessä kaksi (liite 2) on tiedote, joka lähetettiin haastateltaville.

Haastateltavat olivat Keuhkosairauksien klinikan vuodeosaston sairaanhoitajia, jotka osastonhoitaja valitsi antamiemme kriteerien mukaan. Kriteerit olivat vähintään kolmen vuoden työkokemus Keuhkosairauksien klinikalta ja sairaanhoitajan koulutus. Lähetimme tiedotteen haastatteluun osallistuville sekä suostumuskaavake haastatteluun osallistumisesta (liite 3) osastonhoitajalle, joka lähetti ne eteenpäin haastateltaville. Ennen haastattelua haastatelta-

ville kerrattiin vielä opinnäytetyön tarkoitus, aiheen rajausta, menetelmät, teemat ja tutkimuskysymykset. Haastateltavat myös allekirjoittivat suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta sekä täyttivät taustatietolomakkeen (liite 4).

Haastatteluajaksi oli etukäteen ilmoitettu ja varattu kaksi tuntia. Kokonaisuudessaan haastattelu kesti 65 minuuttia. Aloitimme haastattelun osastonhoitajan huoneesta, mutta siirryimme haastattelun puolivälissä tutkimushuoneeseen keskeytyksen takia. Haastattelun nauhoittamiseen käytettiin kahta digitaalista nauhuria. Ryhmähaastattelussa kysymyksiin vastatessaan haastattelijat varmistivat asioita toisiltaan ja keskustelivat vapaasti. Kaksi henkilöä haastatteli sairaanhoitajia. Toinen kyseli teemasta ja toinen haastattelija tarkkaili, esitti lisäkysymyksiä ja valmisti samalla toista teemaa. Haastateltavat olivat aktiivisia, joten lisäkysymyksiä ei ollut tarpeen esittää kovin paljoa. Teemojen järjestyksessä pysyttiin hyvin, ja haastateltavat palasivat itse ajoittain aikaisempiin asioihin uudestaan.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Vilkkä (2005, 139–140) kertoo sisällönanalyysin olevan analysointimenetelmä, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on löytää toiminnan logiikka, joka sopii hyvin prosessikuvauksen ideaan. Käytännössä aineistosta poimitaan epäoleellinen informaatio ja aineisto tiivistetään ja pilkotaan osiin. Tiivistämisessä tutkimuskysymykset ovat oleellisia. (Vilkkä 2005, 139–140.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 112–113) mukaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin käsitteitä yhdistelemällä saadaan siis vastaus tutkimustehtävään. Heidän mukaansa tutkija pyrkii koko ajan ymmärtämään mitä asiat tutkittaville merkitsevät.

Opinnäytetyön analyysimenetelmäksi aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopi hyvin, sillä opinnäytetyön aiheesta ei ole aikaisemmin tehty prosessikuvausta. Haastattelutilanteessa etsittiin juuri merkityssuhteita ja tiivistettiin aineistoa, jotta pystyttiin tuottamaan haastattelun aineistosta prosessikuvaus. Sisällönanalyysi tehtiin siis aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 107–108.)

Sisällönanalyysillä saadaan aineisto kuitenkin vain järjestettyä varsinaisia johtopäätöksenteoja varten. Aineistoa ei saa esittää tuloksina, vaan niistä on myös tehtävä johtopäätöksiä. Lisäksi ero muihin analyysimenetelmiin on se, että sisällönanalyysillä etsitään tekstin merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.) Alasuutari (1995, 39) kirjoittaa, että laadullinen analyysi sisältää kaksi vaihetta. Ensin havainnot pelkistetään ja sitten arvoitus ratkaistaan. Sisällönanalyysi perustuukin tulkintaan ja päättelyyn (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 112).

Analyysi toteutettiin Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) mainitsemalla tavalla. Ensimmäiseksi haastattelu kuunneltiin ja kirjoitettiin auki sanasta sanaan eli litteroitiin. Litteroitua tekstiä tuli 15 sivua. Fonttina käytettiin Trebuchet MS fontilla 10 ja riviväli oli 1,5. Epäoleellisuuksia oli ensin vaikea nähdä. Perehdyimme sisältöön lukemalla kirjoitusmuodossa olevaa haastattelua useita kertoja, jotta tunsimme aineistomme hyvin. Litteroidusta tekstistä karsittiin pois asiat jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiimme alleviivaamalla jokaiseen tutkimuskysymykseen vastaavat asiat eri väreillä. Virkkeet kerättiin paperille. Sen jälkeen tekstiä pelkistettiin niin, että jokaisessa virkkeessä oli subjekti ja verbi. Taulukossa 1. on esimerkki pelkistämisestä.

| Alkuperäisilmaus | Pelkistys |
|---|---|
| ..se ei ole mikään automaatio, että kaikki saa liikkumishapen. Kaikki ei läheskään tarvi mitään, että jaksavat käydä tuolla kaupoissa ja muuten, ilman mitään happipulloja. | Vain osa potilaista saa liikkumishapen. |
| Mutta sitten jos tarvitsee liikkumishappea, niin sitten katsotaan happipullo, nestehappi, kannettava rikastin, näistä. | Kuntoutusohjaaja kertoo liikkumishappivaihtoehtoja. |

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä

Pelkistämisen jälkeen aloitimme ryhmittelyn Tuomen ja Sarajärven (2009, 110) mainitsemalla tavalla eli klusteroinnilla. Etsimme samankaltaisuuksia pelkistyksistä ja näin aineisto tiivistyi samalla merkittävästi. Muokkailimme syntyneitä ryhmiä ja niistä syntyneitä alaluokkia yhdistelemällä ilmauksia kunnes olimme tyytyväisiä lopputulokseen. Ryhmittely ja nimeämiset aloitettiin useasti uudestaan. Lopulta kronologinen järjestely auttoi selkiyttämään ryhmitteilyä ja lisäksi pelkistysten muokkaaminen yksinkertaisimmiksi auttoi hahmottamaan sitä. Käsitelimme aineistoa koko ajan tässä vaiheessa elektronisesti, ja tulostimme aineiston useita kertoja muokkaamisen jälkeen, jonka jälkeen muokkailimme sitä uudestaan. Taulukossa 2. on esimerkki alaluokkien muodostumisesta.

| Pelkistykset | Alaluokka |
|--|--|
| Sairaanhoitaja näyttää, että korvantaustoihin voi laittaa suojaksi pehmikettä. | Sh ohjaa ihon ja limakalvojen hoidosta |
| Sairaanhoitaja kertoo, että jos nenä kuivuu, potilas voi käyttää keittosuolaa ja öljysuihkeita nenään. | |
| Sairaanhoitaja kertoo, että nenän kuivuessa happirikastimeen voi lisätä kostuttimen. | |

Taulukko 2: Esimerkki alaluokkien muodostumisesta

Ryhmittelyn jälkeen käsitteellistettiin eli abstrahoitettiin aineisto ja muodostettiin niistä teoreettisia käsitteitä. Ryhmittelyä voidaan jatkaa aineiston sisällöstä riippuen niin kauan kun se on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Alaluokkien ryhmittelyn jälkeen saatiin muodostettua 11 yläluokkaa. Taulukossa 3. on esimerkki yläluokkien muodostamisesta. Esimerkissä lyhenteet Ko ja Sh tarkoittavat kuntoutusohjaajaa ja sairaanhoitajaa.

| Alaluokka | Yläluokka |
|--|------------------------|
| Lääkäri ohjaa suullisesti kotihappihoidosta. | Kotihappihoidon ohjaus |
| Ko/Sh ohjaa suullisesti kotihappihoidosta. | |
| Ko/Sh ohjaa happirikastimen käytön perusasioista suullisesti ja demonstroimalla. | |
| Ko/Sh ohjaa happirikastimen mahdollisista laiteongelmista. | |
| Ko/Sh ohjaa happiletkuista ja -viiksistä. | |
| Ko/Sh ohjaa ihon ja limakalvojen hoidosta. | |
| Ko/Sh ohjaa tarvittaessa liikkumishapesta. | |

Taulukko 3: Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

Huomasimme, että saamme myös pääluokat yhdistämällä yläluokkia yhteen Tuomen ja Sarajärven (2009, 112) mainitsemalla tavalla. Pääluokkia muodostui kolme. Pääluokkia olivat ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen toteutus ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Taulukossa 4. on esimerkki pääluokan muodostamisesta.

| Yläluokka | Pääluokka |
|--|--------------------|
| Ohjaa sairauden perusasioista. | Ohjauksen toteutus |
| Ohjaa kotihappihoidosta | |
| Ohjaa rikastimen turvallisesta käytöstä kotona | |
| Ohjaa kotona selviytymiseen | |

Taulukko 4: Esimerkki pääluokan muodostamisesta

7 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Medisiinisen tulostyöryhmän Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastoille. Prosessikuvaus (liite 5) tuotettiin haastattelun ja siitä tehdyn sisällönanalyysin perusteella. Haastattelu toteutettiin teema-alueiden mukaan. Tutkimuskysymykset olivat: millainen on kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen hoitopolku, mitkä ovat kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät HUS Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastoilla ja mitkä eri ammattiryhmät osallistuvat kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjaukseen.

Opinnäytetyössä toteutettu teemahaastattelu onnistui hyvin. Haastateltaville asetetut kriteerit täyttyivät taustatietolomakkeen (liite 4) mukaan. Haastateltavat olivat kaikki koulutukseltaan sairaanhoitajia, lisäksi yksi heistä oli kuntoutusohjaaja. Haastateltavilla oli työkokemusta Keuhkosairauksien klinikalta 5–25 vuotta ja kaikki olivat naisia. Haastateltavat olivat ikäluokassa 30–50 vuotta. Työkokemusta hoitoalalta oli 15–30 vuotta. Keuhkosairauksien klinikalla he olivat työskennelleet 5–25 vuotta. Tulosten oikeellisuuden varmistamiseksi prosessikuvausta käytiin näyttämässä Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolla sairaanhoitajille, myös kuntoutusohjaaja oli läsnä tapaamisessa. Tapaamisessa prosessikuvaukseen tuli muutoksia, joista kerrotaan tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

Pitkäaikaisen kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjausprosessi on hyvin yksilöllinen jokaisella potilaalla. Ohjausprosessin yksilöllisyys johtuu siitä, että sairaus voi olla eri vaiheessa, potilaat saattavat olla hyvinkin eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa ja lisäksi he voivat tulla erilaisista paikoista hoitoon Keuhkosairauksien klinikalle.

Pääluokat, jotka ovat ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen toteutus sekä hoidon jatkuvuuden varmistaminen, näkyvät prosessikuvan yläosassa osoittaen ohjauksen vaiheet. Ammattiryhmät, jotka osallistuvat ohjaukseen näkyvät kuvan vasemmassa osassa. Ammattiryhmät ovat: sairaanhoitaja/kuntoutusohjaaja, lääkäri, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja sihteeri. Myös potilas on sijoitettu vasempaan reunaan selventääksemme

hoitopolkua. Sairaanhoitaja ja kuntoutusohjaaja on sijoitettu samaan toimija-alueeseen, koska he ohjaavat osittain samoja asioita ja kuntoutusohjaajan ollessa pois työstä, sairaanhoitaja ohjaa myös kuntoutusohjaajalle kuuluvat asiat. Näytettyä ensimmäistä versiota prosessikuvas- ta osastolla, sairaanhoitajat ja kuntoutusohjaaja kehoittivat laittamaan sairaanhoitajan ja kuntoutusohjaajan samaan toimija-alueeseen, koska on vaikeaa erotella mitä kukakin ohjaa, ja lisäksi ohjaus voi olla ajoittain päällekkäistä, limittäistä ja kertaavaa. Toimintolaatikossa on ylä- ja alaluokkia, sekä lisäyksiä jotka saatiin näytettäessä prosessikuvausta. Laatikoiden vä- lissä kulkee nuolia, jotka osoittavat toimintojen kulun, esimerkiksi sen miten ohjaus ja poti- laan hoitopolku etenee.

7.1 Ohjauksen tarpeen määrittely

Ensimmäisenä osiona prosessikuvauksessa on ohjauksen tarpeen määrittely (kuvio 1). Haastat- telussa selvisi, että potilaat voivat tulla hoitoon erilaisilla tavoilla erilaisista paikoista. Poti- laan tavallisimmat saapumistavat kotihappihoidon aloitukseen ovat läheteellä tai päivystys- poliklinikan kautta.

Potilas voi tulla hoitoon läheteellä esimerkiksi kaupunginsairaalaan. Kaupunginsairaalaan on tehty lähete kotihappihoidon aloitukseen ja Keuhkosairauksien klinikalla lääkäri hyväksyy läheteen ja päättää potilaan hoidon aloituksen. Päättettyään hoidon aloituksesta, lääkäri määrää potilaalle kuntoutusohjaajan tapaamisen. Tieto kuntoutusohjaajan tapaamisesta heti päätöksen jälkeen tuli ilmi näytettäessä prosessikuvausta, ja se lisättiin lopulliseen prosessi- kuvaan.

Potilas voi myös tulla päivystyspoliklinikan kautta osastolle esimerkiksi sairauden pahenemis- vaiheen tai infektion takia, ja osastohoidon aikana huomataan, että potilas tarvitsee kotihap- pihoitoa ja näin potilaalle aloitetaan kotihappihoidon ohjaus, kun potilaan pahenemisvaihe tai infektio on hoidettu.

Kotihappihoito voidaan aloittaa myös Keuhkosairauksien poliklinikalla, jolloin potilaan ei tar- vitse välttämättä olla osastohoidossa. Tällöin kotihappihoidon ohjauksen prosessi voi olla hy- vinkin nopea ja lyhyt. Tätä vaihtoehtoa ei prosessikuvassa näy, koska tämä prosessikuvaus on tehty Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolle. Pääsääntöisesti kotihappihoito aloitetaankin osastolla.

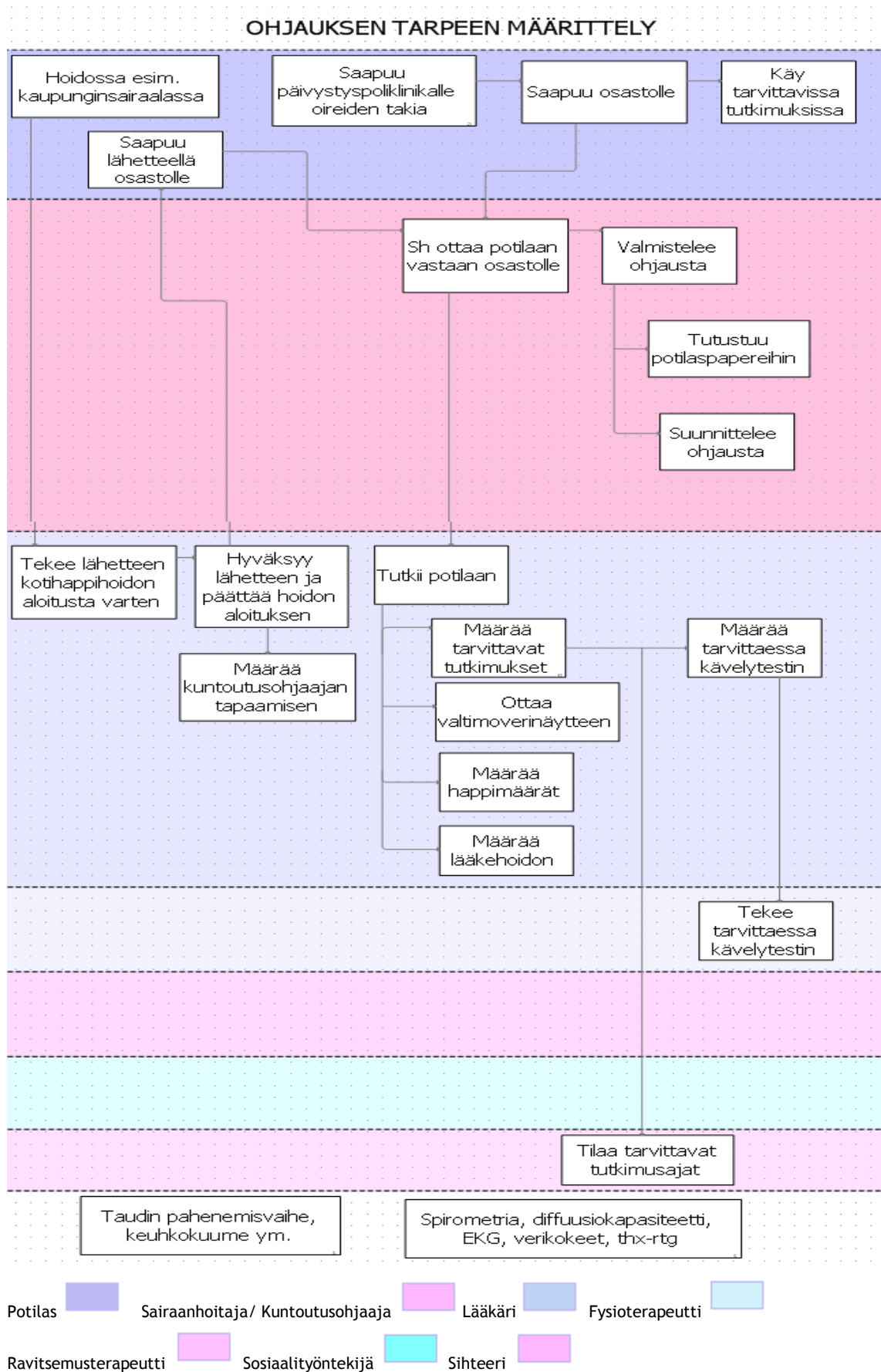
Haastattelussa tuli ilmi, että potilas voi olla Keuhkosairauksien klinikalla keuhkonsiirtoarvios- sa, jolloin huomataan hänen tarvitsevan kotihappihoitoa. Tällöin ohjataan Keuhkosairauksien klinikalla, mutta rikastimen potilas saa omalta paikkakunnalta. Tämä on hyvin harvinaista, eikä yleensä pitkäaikaista kotihappihoitoa. Keuhkonsiirtoarviossa olevan potilaan kotihappi-

hoidon aloitus ei siis näy prosessikuvauksessa, sillä keuhkonsiirtoarviossa olevat sairastavat yleensä muita sairauksia kuin keuhkohtaumatautia.

Potilaan saapuessa osastolle sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan. Sairaanhoitaja on mahdollisuuksien mukaan jo ennen potilaan saapumista tutustunut potilaan tietoihin ja alkanut valmistelemaan ja suunnittelemaan ohjausta. Haastattelussa selvisi, että aina ei ole mahdollista tutustua potilaan tietoihin ennen hänen saapumistaan osastolle. Tällöin sairaanhoitaja tutustuu potilastietoihin vasta potilaan saavuttua. Tutustuttuaan potilaaseen ja hänen tietoihinsa sairaanhoitaja aloittaa ohjauksen suunnittelun. Ohjaus aloitetaan ohjauksen tarpeen määrittelyllä useimmiten heti kun on saatu tieto, että potilas aloittaa kotihappihoidon.

Potilaan tullessa kotihappihoidon aloitukseen poliklinikan kautta, tai läheteellä, hänelle on yleensä tehty spirometria-, diffuusiokapasiteettitutkimus, EKG, verikokeita ja thoraxröntgen. Tällöin näitä tutkimuksia ei tarvitse tehdä uudestaan. Verikokeita otetaan osastolla yleensä potilaista päivittäin. Jos tutkimuksia ei ole tehty, ne tehdään tässä vaiheessa. Lääkäri määrää tarvittavat tutkimukset ja sihteerit tilaa ne. Kaikilta kotihappihoidon aloitukseen tulevilta otetaan valtimoverinäyte, jonka lääkäri ottaa potilaasta. Valtimoverinäytteitä otetaan määrättyillä happilisillä, huoneilmalla sekä happirikastinhapella. Valtimoverinäytteitä otetaan potilaasta useita kertoja, eri päivinä. Kun lääkäri ottaa potilaasta valtimoverinäytettä sairaanhoitaja on yleensä läsnä toimenpiteessä ohjaten ja rauhoitellen potilasta.

Potilaan tultua osastolle happihoidon aloitukseen lääkäri tutkii potilaan, määrää edellä mainitut tarvittavat tutkimukset ja ottaa valtimoverinäytteen. Valtimoverinäytearvojen ja tutkimustulosten perusteella lääkäri määrää potilaalle happimäärät sekä lääkityksen. Tarpeen mukaan lääkäri määrää potilaalle fysioterapeutin tekemän kävelytestin. Ennen prosessikuvan tarkastuttamista emme tiedneet fysioterapeutille tarvittavan lääkärin määräystä. Asia oli jäänyt meille epäselväksi haastatteluaineiston perusteella. Korjasimme tiedon prosessikuvaan. Osa potilaista on kuitenkin sairaanhoitajien kertoman mukaan niin huonokuntoisia, että kävelytesti ei välttämättä onnistu.



Kuvio 1: Ohjauksen tarpeen määrittely prosessikuvassa

7.2 Ohjauksen toteutus

Ohjauksen toteutus (kuvio 2) alkaa lääkärin ohjauksella. Lääkäri ohjaa potilasta sairauden perusasioista. Sairaanhoidaja ja/tai kuntoutusohjaaja (jatkossa tässä kappaleessa mainitsemamme sairaanhoidaja-ammattiryhmän sisällyttämme siihen myös kuntoutusohjaajan) kertoo potilaalle sairauden perusasioista sekä käy läpi ja selventää lääkärin antamaa ohjausta. Sairaanhoidaja ohjaa potilasta lääkkeistä ja niiden oikeasta ottotavasta. Haastattelussa selvisi, että potilailla on usein monia lääkkeitä käytössä. Varsinkin inhaloitavien lääkkeiden osalta tarkistetaan lääkkeenottotekniikka ja harjoitellaan oikeanlaista inhalointia, vaikka potilas olisi näitä lääkkeitä käyttänyt jo pitkään. Sairaanhoidaja ohjaa potilasta ravitsemuksesta tarvittaessa ja lääkäri ohjaa potilaan tarvittaessa ravitsemusterapeutille. Ennen kun prosessikuva tarkistettiin, potilaan ohjaus ravitsemusterapeutille oli sairaanhoidajan kautta. Tarkistuksessa selvisi, että ravitsemusterapeutille pitää yleensä olla lääkärin määräys. Ravitsemusterapeutin ohjausta potilas saattaa tarvita jos hän on yli- tai alipainoinen, hän sairastaa esimerkiksi keliakiaa tai diabetesta. Lääkäri määrää lisäksi tarvittaessa vesipulloon puhalluksen, jonka fysioterapeutti ohjaa potilaalle. Tämä oli myös uusi tieto, joka lisättiin prosessikuvaan.

Sairaanhoidaja ohjaa potilasta hengenahdistuksen tunteesta. Haastattelussa kerrottiin, että potilaalla saattaa kotihappihoidosta huolimatta olla hengenahdistusta, happihoito ei vie sitä kokonaan pois, mutta lisää toimintakykyä. Potilaan on tärkeää tietää tämä, jottei hätäänny kotona ja kuvittele rikastimen olevan rikki. Sairaanhoidaja varmistaa potilaalta, ettei hän ole polttanut ja kertoo tupakoinnin seuraamuksista. Mikäli potilas jää kiinni tupakoinnista, häneltä voidaan ottaa happirikastin pois. Korjaamattomassa prosessikuvassa oli alaluokka tupakoinnin lopettamisen ehdottomuus. Tämä kuitenkin muuttui kuvan tarkistuksessa, koska sairaanhoidajat kokivat luokan nimen huonoksi. Luokka muuttui varmistaa potilaan tupakoimattomuuden -nimiseksi, koska potilaiden tulee olla vähintään kuusi kuukautta tupakoimatta saadakseen kotihappihoitoa. Tupakoimattomuudesta on kuitenkin tärkeää ohjata.

Lääkäri ohjaa potilasta kotihappihoidosta. Sairaanhoidaja ohjaa myös potilasta kotihappihoidosta. Ohjauksessa tutustutaan happirikastimeen ja sen käytön perusasioihin, mitä kotihappihoito on ja miten happirikastinta käytetään. Sairaanhoidaja ohjaa potilasta pitäytymään lääkärin määräämissä happivirtausmäärissä. Virtauksen muuttelu saattaa olla vaarallista potilaalle. Sairaanhoidaja ohjaa potilasta myös mahdollisista laiteongelmista ja siitä miten ongelmatilanteet ratkaistaan. Potilas saa ohjausta myös happiletkuista ja -viiksistä, esimerkiksi kuinka useasti niitä tulee vaihtaa ja mistä uusia saa. Lisäksi sairaanhoidaja ohjaa potilasta ihon ja limakalvojen hoidosta. Happiviikset saattavat ärsyttää nenän limakalvoja ja painaa korvan taustoja. Osa potilaista tarvitsee liikkumishappea. Sairaanhoidaja ohjaa potilasta tarvittaessa liikkumishapesta ja sen käytöstä sekä eri liikkumishappivaihtoehtoista.

Seuraavaksi sairaanhoitaja ohjaa potilasta happirikastimen turvallisesta käytöstä kotona. Tähän sisältyy tulen käytön ohjaus sekä kaasulieden turvallinen käyttö. Potilaita ohjeistetaan avotulen vaarallisuudesta kotihappihoidon aikana, happirikastinta tai -letkuja ei saa tulen lähelle viedä. Kynttilöitä tai takkaa polttaessa tulee olla erityisen varovainen tai mielellään niistä tulisi pitäytyä kokonaan. Mikäli potilaalla on kaasuliesi ja hän asuu yksin, kaasuliesi saattaa olla ongelma. Tällöin ohjataan joko vaihtamaan liesi tai käyttämään mikroa liedan asemasta.

Sairanhoitaja ohjaa potilasta kotona selviytymisestä motivoimalla potilasta sitoutumaan hoitoon. Monille potilaille voi olla aluksi järkytys kotihappihoidon käytön vuorokausituntimäärän suuruus. Happirikastinta tulisi käyttää vuorokaudessa noin 16 tuntia, mikä voi tuntua kohtuuttoman pitkältä ajalta potilaasta. Sairanhoitaja motivoi potilasta kertomalla, että nukkuessa tunnit kuluvat helposti ja vuorokaudessa on monta tuntia jolloin happea ei tarvitse käyttää ollenkaan. Kaupassa voi käydä ilman happeakin, kunnon niin salliessa. Sairanhoitaja antaa henkistä tukea, hälventää häpeän tunteita sekä hälventää pelkoa. Monille potilaille kotihappihoito aiheuttaa häpeän tunteita, koska he saattavat kokea häpeälliseksi käyttää julkisesti happea. Heitä myös pelottaa kotona selviytyminen uuden teknisen laitteen kanssa. Sairanhoitaja motivoi potilasta käyttämään happirikastinta, koska säännöllisesti käytettynä potilas voi paremmin ja elämänlaatu paranee. Tukemalla ja kuuntelemalla sairaanhoitaja voi auttaa potilasta hälventämään häpeän tunteita sekä kannustamalla potilasta ajattelemaan omaa hyvinvointiaan eikä muiden ihmisten ajatuksia tai katseita.

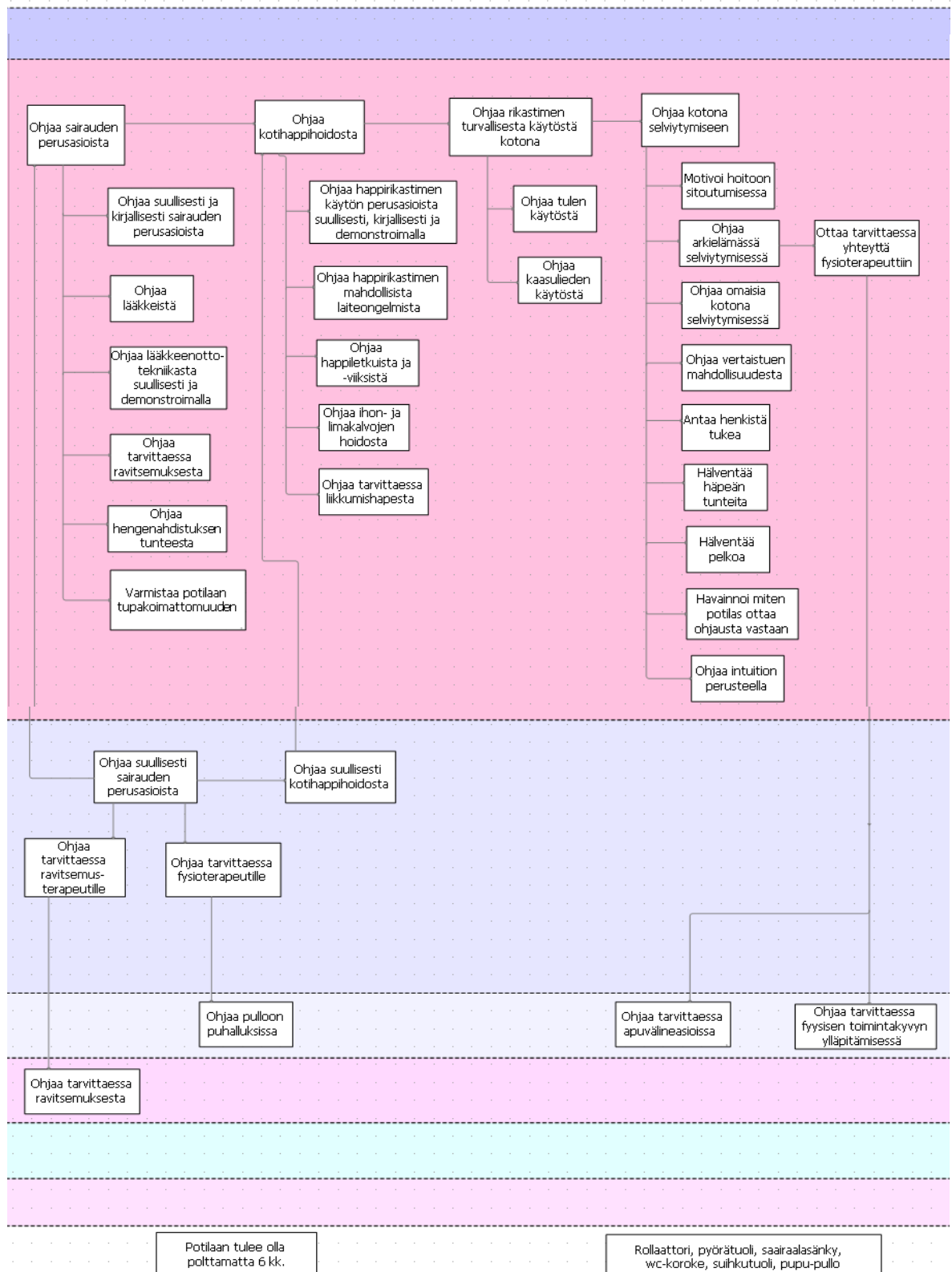
Sairanhoitaja ohjaa potilasta arkielämässä selviytymisessä. Ohjauksessa kehoitetaan potilasta liikkumaan, jotta toimintakyky pysyisi tallella. On tärkeää, että potilas yrittää elää normaalia elämää. Sairanhoitaja ohjaa potilasta mahdollisista apuvälineistä ja niiden tarpeesta. Tarvittaessa sairaanhoitaja ottaa yhteyttä fysioterapeuttiin, joka ohjaa potilasta apuvälineasioissa. Tarvittaessa potilas voi saada kotiinsa rollaattorin, pyörätuolin, sairaalasängyn, wc-korokkeen, suihkutuolin tai vesipullon pulloon puhalluksia varten. Fysioterapeutti ohjaa myös tarvittaessa fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisestä, esimerkiksi lihasharjoituksin.

Sairanhoitaja ohjaa omaisia. On tärkeää, että omaiset ovat mukana potilaan hoidossa ja tietävät esimerkiksi miten happirikastinta käytetään. Potilaita ohjataan vertaistuen mahdollisuudesta. Hengityслиitolla on tukitoimintaa, ”happikerho”, johon potilailla on mahdollisuus osallistua. Pääkaupunkiseudulla asuville kotihappihoitoa käyttäville lähetetään Hengityслиitos-ta kaksi kertaa vuodessa kirje.

Ohjatessa potilasta sairaanhoitaja havainnoi miten potilas ottaa ohjausta vastaan. Potilas voi olla vielä hämmentynyt saatuaan vasta tietää kotihappihoidon aloituksesta ja ei pysty vastaanottamaan ohjausta. Tällöin sairaanhoitajan tulisi antaa potilaalle aikaa hyväksyä hoito ja

sen jälkeen ohjata potilasta. Aina tämä ei ole ajallisesti mahdollista. Jotkut potilaat saattavat vaikuttaa kuuntelevansa ja ottavan ohjausta vastaan, mutta haluavatkin päästä nopesti kotiin. Sairaanhoitaja ohjaa intuition perusteella. Intuition perusteella hän huomio potilaan kiinnostumisen jostain asiasta ja voi ohjata siitä enemmän.

OHJAUksen TOTEUTUS



Potilas

Sairaanhoitaja/ Kuntoutusohjaaja

Lääkäri

Fysioterapeutti

Ravitsemusterapeutti

Sosiaalityöntekijä

Sihteeri

Kuvio 2: Ohjauksen toteutus prosessikuvassa

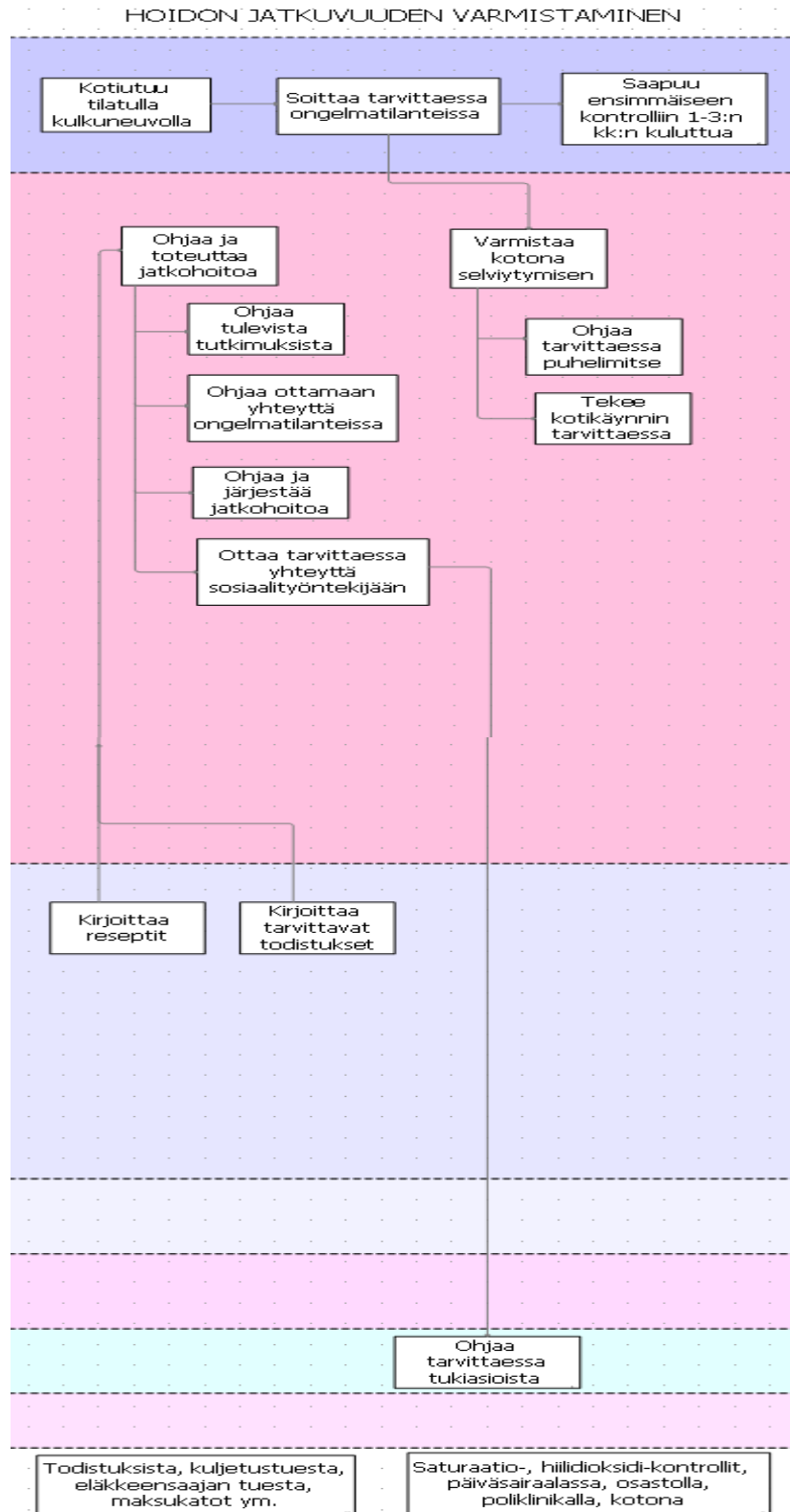
7.3 Hoidon jatkuvuuden varmistaminen

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen (kuvio 3) alkaa prosessikuvassa lääkärin kirjoittamalla reseptit ja tarvittavat todistukset, esimerkiksi sairauslomatodistukset ja erilaiset tukien hakemiseen tarvittavat todistukset. Sairaanhoitaja ohjaa ja toteuttaa jatkohoitoa seuraavilla tavoilla. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta tulevaista tutkimuksista ja ohjaa potilasta ottamaan yhteyttä ongelmatilanteissa. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta, että osastolle voi soittaa milloin vain ja kuntoutusohjaajalle virka-aikana. Potilas saa puhelinnumerot mukaansa. Sairaanhoitaja ohjaa ja järjestää tarvittaessa kuljetuksen ja kotihoidon. Potilas kotiutuu yleensä happirikastimen kanssa joko Kela-taksilla tai ambulanssilla, koska happirikastin on painava ja potilas tarvitsee siihen mahdollisesti kantoapua. Tarvittaessa sairaanhoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon ja kertoo potilaan kotiutumisesta happirikastimen kanssa. Joskus sovitaan kotihoidon arviointikäynti. Haastattelussa tuli ilmi, että happirikastimet ovat kotihoidon työntekijöille tuttu asia, ja kotihoito on ollut kotihappihoitopotilaille suuri apu kotona pärjäämiselle.

Sairaanhoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä sosiaalityöntekijään, jotta potilaan olisi helpompi täyttää tukikaavakkeita ja hakea erilaisia tukia. Sosiaalityöntekijä ohjaa todistuksista, kuljetuksesta, eläkkeensaajan tuesta, maksukatoista ja muista sellaisista. Kun potilas on valmis lähtemään kotiin, hän kotiutuu tilatulla kulkuneuvolla. Potilas voi tarvittaessa soittaa ongelmatilanteissa osastolle. Ongelmatilanteet ovat yleisimmin sellaisia, että happiletku on puristuksissa tai vääntynyt ja happea ei tule. Harvemmin happirikastin rikkoutuu, mutta sellaisessa tapauksessa uusi lähetetään tilalle.

Potilaan kotiuduttua happirikastimen kanssa sairaanhoitaja varmistaa potilaan kotona selviytymisen ohjaamalla tarvittaessa puhelimitse. Joskus sairaanhoitaja itse soittaa potilaalle kotiin jos hänellä tulee tunne, että jotain on jäänyt epäselväksi. Tarvittaessa kuntoutusohjaaja tekee kotikäynnin ja ohjaa kotona potilasta. Kuntoutusohjaajan kotikäynti tapahtuu noin kuukauden kuluttua kotiutumisesta.

Potilaan kotiuduttua hän käy kontrolleissa. Ensimmäiseen kontrolliin potilas saapuu yksilöllisesti 1–3 kuukauden kuluttua kotihappihoidon aloittamisesta. Kontrolleita ovat esimerkiksi saturaatio- ja hiilidioksidikontrollit, ja niitä tehdään päiväsairaalassa, osastolla, poliklinikalla tai harvoin myös mahdollisesti potilaan kotona.



Kuvio 3: Hoidon jatkuvuuden varmistaminen prosessikuvassa

7.4 Ohjauksessa käytettävät menetelmät

Haastattelussa ilmeni, että kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksessa käytettävät menetelmät ovat suullinen, kirjallinen, demonstraatio sekä puhelinohjaus. Pääsääntöisesti potilaiden ohjaus on yksilöohjausta. Ohjauspaikkana on yleisimmin potilashuone, mutta joskus päiväsalissa tai potilaan kotona. Poliklinikalla ja osastolla on yhtenäiset ohjeet potilaan kotihappihoidon aloituksen ohjausta varten sairaanhoitajille. Kuntoutusohjaaja pitää lisäksi osastotunteja aiheesta. Potilas saa kirjallista materiaalia, jotka ovat happirikastimen määhantuojan käyttöohje sekä hoitajien tekemä kirjallinen ohje kotihappihoito potilaalle. Lisäksi on olemassa Hengitysliiton kotihappihoito-vihko, mutta osastolta kerrottiin, että painos on tällä hetkellä loppu.

Suullista ohjausta käytetään koko ohjauksen ajan. Kirjallista ohjausta potilas saa myös melko paljon. Edellä on mainittu esitteet, jotka potilas saa. Kirjalliset ohjeet käydään myös suullisesti läpi.

Demonstraatiota käytetään potilaan ohjaamisessa erityisesti inhaloitavien lääkkeiden ohjaamisessa sekä ohjattaessa happirikastimen käyttöä. Lääkkeistä ohjattaessa sairaanhoitaja demonstroi lääkkeiden oton ja potilas itse harjoittelee sitä. Sairanhoitaja havainnoi, että potilas ottaa lääkkeen oikein ja korjaa, mikäli huomaa ongelmia lääkkeenottotekniikassa. Happirikastimesta ohjattaessa demonstointi on todella tärkeää. Sairanhoitaja demonstroi potilaalle miten rikastin toimii. Sairanhoitaja demonstroi miten se laitetaan päälle sekä miten säädetään virtauksia ja muita tärkeitä asioita. Potilas harjoittelee yhdessä sairaanhoitajan kanssa rikastimen käyttöä niin, että hän osaa käyttää rikastinta itsenäisesti kotona.

Puhelinohjausta käytetään tarvittaessa potilaan soittaessa osastolle jonkin ongelman tiimoilta. Sairanhoitaja voi myös soittaa potilaalle kotiin ja ohjata potilasta puhelimitse. Potilaat saattavat soittaa osastolle lukuisten asioiden takia, esimerkiksi rikastimen käyttöön liittyvissä asioissa tai vain saadakseen henkistä tukea. Keuhkosairauksien klinikalla oli fysioterapeuttisen kuntoutusryhmän pilottikokeilu, jossa potilaat saivat ryhmäohjausta.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyttä on pohdittava tutkimuksenteon joka vaiheessa. Tutkimuksen eettisyydessä tulee huomioida moni asia. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnistamia toimintatapoja, erityisesti tiedonhankintatavoissa, eli tulee noudattaa hyvää tietee-

listä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksen joka vaiheessa ollaan huolellisia, rehellisiä ja tarkkoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat esimerkiksi huolimattomuus, plagiointi, kritiikki, kaunistelu ja raportoinnin mahdolliset puutteellisuudet (Hirsjärvi ym. 2009, 26–27). Laurea-ammattikorkeakoulun eettisissä ohjeissa (2007) mainitaan, että yleinen huolellisuus ja rehellisyys ovat tärkeitä tutkimuksenteon kaikissa vaiheissa. Lisäksi tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät tulee olla eettisesti kestäviä. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (2011) mainitaan sairaanhoidajien osallistumisesta ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon.

Hirsjärvi ym. (2009, 25) toteavat, että lähtökohtana tutkimuksenteossa on ihmisarvon kunnioittaminen. On erittäin tärkeää, että haastateltavat ovat suostuneet haastatteluun vapaaehtoisesti ja ovat tietoisia siitä, että he voivat halutessaan keskeyttää haastattelun milloin vain, syytä ilmoittamatta. Tutkimushenkilöiden tulee lisäksi olla tietoisia siitä, mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan ja kykeneväisiä ymmärtämään tämä tieto. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Ihmisoikeudet ovat oleellinen osa tutkimuksen eettistä perustaa. Tutkittavien oikeudet ja hyvinvointi tulee turvata. Haastateltavien on myös jätävä nimettömiksi, ellei lupaa nimen paljastamiseen ole. Heillä on oikeus odottaa vastuuntuntoa ja rehellisyyttä tutkimuksen teon aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimuslupaa opinnäytetyölle haettiin marraskuussa 2010 Meilahden sairaalan Medisiinisestä tulosyksiköstä. Tutkimuslupa saatiin johtavalta ylihoitajalta ja vastaavalta ylilääkäriltä marraskuussa 2010. Haastattelu tapahtui joulukuussa 2010. Haastatteluajankohta sovittiin sähköpostitse Keuhkosairauksien klinikan osastonhoitajan ja kuntoutusohjaajan kanssa. Keuhkosairauksien klinikalle lähetettiin sähköpostitse tiedote opinnäytetyön aiheesta, haastattelun teemoista ja menetelmistä (liite 2) johon haastateltavat saivat tutustua noin kuukausi ennen ryhmähaastattelua, heillä oli myös mahdollisuus ottaa tutkijoihin yhteyttä mahdollisissa kysymyksissä ennen haastattelua. Lisäksi haastateltaville annettiin suostumuskaavake haastatteluun osallistumisesta allekirjoitettavaksi (liite 3). Suostumuskaavakkeessa ja tiedotteessa mainittiin luottamuksellisuus, vapaaehtoisuus, mahdollisuus keskeyttää tutkimus milloin vain ja mahdollisuus esiintyä nimettömästi. Kaikki haastateltavat allekirjoittivat ja täyttivät molemmat kaavakkeet. Myöhemmin kuntoutusohjaajalta kysyttiin vielä sähköpostitse, että voidaanko hänen ammattinimikettään käyttää opinnäytetyössä, sillä hän voi olla tunnistettavissa. Kuntoutusohjaaja antoi luvan käyttää ammattinimikettään opinnäytetyössä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään aina arvioimaan sen luotettavuutta, koska virheitä yritetään välttää (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden pohtiminen on erityisen tärkeää ja ratkaisuja on osattava perustella hyvin. Luotettavuuden arvioinnissa ei kuitenkaan ole yksiselitteisiä ohjeita. Luotettavuuden arvioinnissa tärkeää on mainita omat sitoumukset tutkijana, aineiston keruu ja siihen liittyneet erityispiirteet ja ongelmat, tutkimukseen osallistuvat, valinta ja suhde heihin, sekä tutkimuksen aikataulu. Lisäksi aineiston analysoinnista tulee kertoa ja työn luotettavuutta arvioida ja raportoida tutkimusta yleensä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetään saturaation käsitettä. Kun samat asiat alkavat kertaantua uudestaan, on aineisto riittävä. Luotettavuutta ajatellen tämä on kuitenkin hankalaa. Saturaatio voi jäädä pintapuoliseksi tutkijoiden takia. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.) Kvalitatiivisen tutkimuksen ainutlaatuisuuden piirre on myös ongelmallinen. Tutkittavasta voi löytyä uutta informaatiota. On kuitenkin muistettava, että tutkittavat voivat muistaa väärin tai jättää olennaisia asioita kertomatta. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998, 216–217.) Ennen haastattelua kirjoitimme teoreettista viitekehystä opinnäytetyöhön ja saimme siitä lisää tietämystä aiheeseen. Tuomen & Sarajärven (2009, 136) mukaan luotettavuuden pohtimisessa tulee lisäksi ottaa huomioon puolueettomuusnäkökulma. Tutkijoina olimme puolueettomia, sillä kumpikaan meistä ei ole ollut harjoittelussa tai töissä Keuhkosairauksien klinikalla.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei arvioida yhtä selkeästi kuin kvantitatiivista tutkimusta. Luotettavuusongelmia voi kuitenkin tulla silloin kun tutkimusaineisto ei anna vastauksia tutkimuskysymyksiin, tutkimusaineisto ei ole edustava tai kun aineiston keräämisessä on puutteita. Tulee kuitenkin muistaa, että aineiston tulkinta on kuitenkin tutkijoiden persoonallinen näkemys, eikä tutkimus voi siis olla toistettavissa. (Vilkka 2005, 215.) Tuomi & Sarajärvi (2009, 135–136, 140,141) kirjoittavatkin, että laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida paremmin, kun lukijoille annetaan riittävästi tietoa tutkimuksen teosta. Tätä opinnäytetyötä kirjoitettaessa jokainen vaihe on pyritty kertomaan mahdollisimman tarkkaan ja yksityiskohtaisesti läpi. Aineistonkeruumenetelmiä on pohdittu ja analyysitapa valittu perustellusti. Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta on arvioitu useasti.

Opinnäytetyössä haastateltavien valintaa perustelemme heidän kattavalla työkokemuksellaan ja kokemuksella potilasohjauksesta. Keuhkosairauksien klinikan osastonhoitaja valitsi haastateltavat kriteeriemme mukaan. Asettamamme kriteerit haastateltavien valintaan olivat vähintään kolmen vuoden työkokemus Keuhkosairauksien klinikalta ja sairaanhoitajan koulutus. Tiedot saatiin taustatietolomakkeella, joka pyydettiin haastateltavia täyttämään ennen haastattelua (liite 4). Haastateltaville korostettiin sanallisesti ennen haastattelun alkua, että hei-

dän henkilöllisyyttään ei mainita missään vaiheessa tutkimusta ja, että nauhoitettu haastatteluaaineisto tuhotaan kun opinnäytetyö on valmis. Tärkeää oli myös löytää tutkimukseen sairaanhoitajia, jotka siihen myös vapaaehtoisesti halusivat osallistua.

Haastattelu järjestettiin joulukuussa 2010 Kolmiosairaalassa Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolla ja se kesti noin tunnin. Haastattelu keskeytyi kaksi kertaa, ja haastattelupaikkaa oli vaihdettava haastattelun puolivälissä, mutta muuten haastattelupaikat olivat rauhallisia eikä taustahälinä häirinnyt. Suuria häiriötekijöitä ei siis ollut. Haastattelu nauhoitettiin kahdella digitaalisella nauhurilla. Tämän jälkeen haastattelu kirjoitettiin puhtaaksi. Kahta nauhuria käytettiin, koska toisen rikkoutuessa toinen olisi ollut käytettävissä. Tämän jälkeen tehtiin aineiston analyysi, jonka pohjalta tehtiin kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus QPR ProcessGuide ohjelmalla. Nauhoitettu haastatteluaaineisto tuhottiin lopuksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja luotettavuus. Uskottavuudesta kertoo se, vastaako tulkinta tutkittavien käsityksiä. Opinnäytetyössä uskottavuutta lisättiin tekemällä face-validiteetti. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 138–139.) Prosessikuvaus näytettiin huhtikuussa Keuhkosairauksien klinikan vuodeosaston henkilökunnalle, ja heitä pyydettiin arvioimaan ja korjaamaan tuloksia. Sairaanhoitajat saivat vapaasti keskustellen tuoda esille mahdolliset virheet, korjaukset ja lisäykset. Face-validiteetillä haluttiin varmistaa prosessikuvauksen oikeanlaisuus. Sairaanhoitajien ehdotusten mukaan prosessikuvausta muutettiin ja täydennettiin. Muutoksista on kerrottu tarkemmin kappaleessa opinnäytetyön tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Vahvistettavuus luotettavuudessa tarkoittaa sitä, että tutkimuksen ratkaisut on esitetty yksityiskohtaisesti. Lukijan on pystyttävä seuraamaan ja arvioimaan tutkijaa. Vahvistuvuus luotettavuudessa määräytyy sen mukaan tukevatko tulokset aiempia tutkimustuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.)

Tuomi & Sarajärvi (2009, 132–133.) kertovat, että tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti. Opinnäytetyö on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman läpinäkyväksi, jotta lukija pystyy seuraamaan yksityiskohtaisesti tutkimuksen kulkua, joten vahvistettavuus lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Siirrettävyys luotettavuudessa tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin riippuen tutkittavasta ympäristöstä ja sovellusympäristöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009 138–139). Opinnäytetyön tulokset voi siirtää toiseen kontekstiin huomioon ottaen ympäristönä toimineen paikan ja potilasryhmän.

Luotettavuuteen vaikuttavat tekijät kuten varmuus tarkoittaa sitä, että tutkijoiden tulee ottaa huomioon tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat tekijät (Tuomi & Sarajärvi 2009 138–139). Opinnäytetyö aloitettiin tutustumalla aiheeseen liittyvään teoriaan. Tutustumisen jälkeen tehtiin opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Kotihappihoidon ohjaukseen ja keuhkoah-
taumatautipotilaan ohjaukseen tutustuminen antoi jonkinlaisia käsityksiä ennalta tuloksiin, mutta ohjauksen moniammatillisuuden ja limittäisyyden vuoksi ennakkokäsitykset eivät kuitenkaan vaikuttaneet työhön, koska uutta tietoa paljastui haastattelussa. Analysointi ja tulokset ovat tehty aineiston perusteella, joten mahdolliset ennakkokäsitykset eivät ole niihin vaikuttaneet.

8.3 Tutkimustulosten pohdinta

Opinnäytetyömme tulokset ovat yhteneväiset teoreettisen viitekehyksen kanssa. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus ja prosessi saatiin kuvannettua. Potilaan ohjauksen prosessi on yksilöllinen, riippuen potilaan taustasta, sairaushistoriasta ja hoitopolusta. Analyysissä selvisi, että potilas viettää aikaa osastolla kotihappihoidon aloituksessa vain lyhyen ajan, keskimäärin kuudesta tunnista muutamaan vuorokauteen. Tämän takia potilaan ohjauksen tulisi olla toimivaa ja selkeää. Haastattelussa ja analyysissä korostui kuntoutusohjaajan tärkeä rooli kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksessa.

Ohjausta antavat ammattiryhmät ovat tietoisia toisensa rooleista ja siitä mitä asioita he ohjaavat. Ohjauksen sisältö on kaikkien ammattiryhmien tiedossa, mutta ohjaus on monesti hyvin päällekkäistä ja limittäistä. Toisaalta päällekkäisyys on hyvä asia, koska ohjaus kertaantuu ja mahdollisesti potilas pystyy silloin helpommin omaksumaan tietoa. Kääriäinen ym. (2005b, 28) mukaan keskeisten asioiden kertaaminen on tärkeää. Toisaalta päällekkäisyys voi olla huono asia, koska potilas voi kyllästyä kuulemaan samaa asiaa monta kertaa. Ohjauksen päällekkäisyys ja limittäisyys tuntui kuitenkin toimivalta ratkaisulta Keuhkosairauksien klinikalla. Nykyään tuntuu, että joka sairaalassa on kova kiire ja henkilökuntapula. Sen takia mielelläni, että onko ohjauksen päällekkäisyys kuitenkin rasite. Mielestämme asiaa kannattaisi pohtia ja tutkia ja miettiä tulisiko ohjausta selkeyttää ja jakaa. Lipponen ym. (2006, 19) mielestä ohjauksen vastuujakoa tulisi selkeyttää.

Lipponen ym. (2006, 10) mukaan potilaan ohjaus on lähtöisin potilaasta ja hänen tarpeistaan. Potilasohjaus on myös laissa määritelty potilaan oikeus. Laissa sanotaan, että potilaalla on oikeus saada tietoa hänen hoitoonsa liittyvistä asioista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Kun päätös kotihappihoidon aloituksesta on tehty, ohjausta annetaan tavoitteena potilaan kotona pärjääminen. Potilasta ohjataan myös asioista mistä hän ohjausta toivoo. Ohjauksen toteutus voi tapahtua myös muussa järjestyksessä kuin prosessikuvassa on esitetty. Tämän määrää potilaan kunto ja toiveet ja se mitä asioita ohjaaja pitää tärkeinä juuri tämän potilaan kohdalla juuri sillä hetkellä. Näistä asioista ohjaaja voi ohjata laajem-

min. Osa potilaista tarvitsee laajempaa ohjausta jostain asiasta kuin joku toinen potilas. Kaikki ohjauksen sisällöt kuitenkin toteutetaan.

Ohjausmenetelmiä käytettiin osastolla useita. Ohjausmenetelminä käytettiin suullista, kirjallista ohjausta, demonstraatiota sekä puhelinohjausta. Ryhmäohjausta ei järjestetä, mutta potilaita ohjataan vertaistuen mahdollisuudesta. Voisi olla hyvä joskus ohjata osastollakin potilaita ryhmissä. Potilaat, joilla on samaan aiheeseen liittyvä ohjaustarve hyötyvät ryhmäohjauksesta (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211). Kääriäinen & Kyngäs (2005b, 213) mukaan tietokoneen käyttöä ohjauksessa tulisi lisätä, koska sen avulla voidaan jakaa tietoa isollekin ryhmälle ajasta ja paikasta riippumatta. Mielestämme tietokoneavusteiseen ohjaukseen kannattaa tulevaisuudessa pyrkiä, koska tietoa voisi kerralla antaa suuremmalle joukolle, joiden ei välttämättä tarvitse olla edes samassa paikassa samaan aikaan. Tulevaisuudessa tietokoneen välinen ohjaus potilaalle voitaisiin jopa järjestää hänen ollessaan kotona ja se voisi vähentää käyntejä sairaalassa ja terveyskeskuksissa.

Laamasen (2007, 22) mukaan prosessit parhaimmillaan alkavat ja päättyvät asiakkaaseen eli tässä tapauksessa potilaaseen. Tässä opinnäytetyössä prosessi alkaa potilaasta, hänen saapuesssa päivystyspoliklinikalle ja siitä osastolle. Toinen vaihtoehto on se, että potilas on jo hoidossa ja läheteellä saapuu Keuhkosairauksien klinikalle. Prosessi rajattiin loppumaan potilaan kotiutuksen jälkeisiin kontroleihin.

Lipponen ym. (2006, 10–11) mukaan ohjaus on prosessi, johon kuuluu tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä jatkuvuus. Ohjauksen arviointi ei tullut näkyviin aineiston analyysissä. Aineiston analyysissä myös suunnittelu jäi hieman epäselväksi. Tämä voi johtua siitä, että haastateltavat ovat työskennelleet osastolla useita vuosia ja ohjaus syntyy automaattisesti työkokemuksen kautta. Prosessikuvauksessamme ohjauksen suunnittelu sisältyy ohjauksen tarpeen määrittelyyn.

8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tavoitteena oli, että Keuhkosairauksien klinikka voisi opinnäytetyön valmistuttua hyödyntää sitä ohjauksen kehittämiseen ja uusien työntekijöiden perehdytykseen. Ohjauksen kulku on myös helpompi hahmottaa prosessikuvasta ja huomata mahdollisia kehittämiskohteita. Valmis prosessikuva annetaan Keuhkosairauksien klinikalle käyttöön. Prosessikuvaa voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Uuden työntekijän on helppo nähdä mitä ohjataan happihoidon aloituksessa. Potilaan hoitopolku tulee myös selkeästi esille prosessikuvasta. Mahdollisesti prosessikuvaa voisi näyttää potilaille, jotta heille selkenisi mitä kaikkea ohjaukseen kuuluu ja he voivat arvioida ovatko saaneet tarpeeksi ohjausta kaikista osa-alueista. Prosessikuvausta voidaan myös hyödyntää esimerkiksi muilla osastoilla, jotta he saavat tietoonsa mitä Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolla ohjataan aloitettaessa koti-

happihoitoa. Vaikka vuodeosastolla ja poliklinikalla on yhtenäiset ohjaussisällöt, niin prosessikuva voi auttaa ainakin muistuttamaan mitä ohjauksen tulee sisältää. Prosessikuvan avulla kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjausta voidaan myös arvioida ja tarvittaessa kehittää. Haastattelussa tuli ilmi, että etenkin potilaan tukemiseen ja psyykkiseen selviytymiseen tulisi kiinnittää huomioita. Tähän kannattaa tulevaisuudessa kiinnittää huomiota ohjausta kehittäessä. Toivomme, että esimiehet voivat käyttää prosessikuvaa miettiessään työnjakoa, työn kuormittavuutta sekä suunnitellessaan erilaisia vastuualueita.

Haastattelun perusteella potilaat saavat ohjausta suullisesti, kirjallisesti ja demonstroimalla sekä puhelimitse. Ohjaus on yksilöohjausta. Mielestämme kannattaisi harkita ryhmäohjausta, koska Kääriäinen & Kyngäs (2005b, 211) mukaan ryhmäohjaus auttaa sairauden hyväksymisessä. Isola ym. (2007, 60) mukaan iäkkäämmät potilaat kaipaavat enemmän ryhmäohjausta. Suurin osa potilaista, jotka saavat pitkäaikaisen kotihappihoidon ovat iäkkäitä.

Ohjaustilan valinta on tärkeää ohjatta potilasta (Kääriäinen ym. 2005b, 28). Haastattelun perusteella ohjaus tapahtuu potilashuoneissa. Mikäli potilas jakaa huoneen toisen/toisten potilaiden kanssa, häneltä saattaa jäädä arkojen asioiden läpikäynti vähemmälle, koska ei kehtaa puhua niistä muiden kuullen. Mielestämme olisi hyvä, mikäli sairaalassa olisi kunnolliset ohjaukseen soveltuvat tilat, esimerkiksi ohjaushuone.

Haastattelun perusteella ohjaus on päällekkäistä ja limittäistä. Lääkäri, sairaanhoitaja sekä kuntoutusohjaaja saattavat ohjata samoja asioita ja ohjausta tulee näin monta kertaa. Jokaisella on omat vastualueet ja jokaisen tulee ohjata potilasta ja tämän takia saatetaan ohjata samojakin asioita. Tämä on mielestämme kehittämiskohde osastolla. Ohjauksen sisältöjä tulisi jakaa selkeämmin eri ammattiryhmien kesken.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla, miten hoidon jatkuvuus toteutuu eli miten ohjaus jatkuu potilaan kotiuduttua. Mahdollisesti voisi myös tutkia kuntoutusohjaajan ja pitkäaikaisessa kotihappihoidossa olevan potilaan yhteistyötä potilaan kotiuduttua. Tutkimus myös kuntoutusohjaajan ja sairaanhoitajan antaman ohjauksen eroavaisuuksista voisi olla hyödyllinen. Mahdollisesti voisi tutkia myös sitä, miten potilas kokee saamansa ohjauksen aloitettaessa kotihappihoitoa ja kokiko hän ohjauksen vastaavan tarpeitaan, esimerkiksi potilaskyselyin.

Lähteet

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Elofsson, L. 2003. Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. www.konstochkultur.vgregion.se/upload/SU/omrade_molndal/Geriatrik/Uppsatser/Meanings%20of%20being%20old%20and%20living%20with%20COPD%20t%20LA.pdf. Viitattu 13.10.2010.

Happihoito kotona. 2007. Oy AGA Ab. Linde Gas Therapeutics. http://www.linde-healthcare.fi/international/web/lg/fi/like35lgltfi.nsf/docbyalias/gas_conoxia. Viitattu 12.4.2011.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.

Huslab. 2010a. Verikaasuanalyysi (valtimoverinäytteen ottaminen, analyysi ja lausunto). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 10.12.2010. <http://www.huslab.fi/ohjekirja/8114.html>. Viitattu 4.4.2011.

Huslab. 2010b. Virtaustilavuus-spirometria. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 10.12.2010. <http://www.huslab.fi/ohjekirja/2680.html>. Viitattu 4.4.2011.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, vol.19, 2. 51–62.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Keuhkosairauksien klinikka. 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;621;763;1193;1013>. Viitattu 5.9.2010.

Käypä hoito. 2009. Keuhkohtaumatauti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito 16.11.2009. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksien/naytaartikkeli/tunnus/hoi06040>. Viitattu 1.9.2010.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus -tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 10/2006, 6-9.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*, vol 17, 5. 250–258.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede*, vol. 17, 4. 208–216.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005a. Potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*, vol. 3, 1. 10–15.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*, vol. 18, 1. 4–13.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005b. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö*, vol. 3, 3. 27–31.

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona - ideasta käytäntöön. 7. painos. Keuruu: Otava.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 22.9.2010.

Laurea-ammattikorkeakoulun eettiset ohjeet. 2007.

Laurea-ammattikorkeakoulun eettiset ohjeet tutkimus- ja kehitystyötä sekä opinnäytetöitä varten.

https://intra.laurea.fi/intra/fi/03_tutkimus_ja_kehitys/041_tk_osio/01_eettinen_toimikunta/eettisetohjeet.pdf. Viitattu 12.12.2010.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2007. Tulevaisuuden ohjaus- ja neuvontapalvelujen kehittämisen Kolmiosairaalassa. Hanke-esittely. Word-tiedosto.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskenikäinen potilas. Jyväskylä: Gummerus.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet-käytännön ohjaustyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Matilainen, E. 2010. Keuhkohtaumatautia sairastavan ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. 5., uudistettu painos. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.) WS Bookwell Oy: Porvoo.

Mustajoki, P & Kaukua, J. 2008. PEF (ulo hengityksen huippuvirtaus). Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03203. Viitattu 4.4.2011.

Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Piirilä, P. & Sovijärvi, A. 2006. Keuhkojen diffuusiokapasiteettimittaus keuhkokudoksen toiminnan arvioinnissa. Suomen Lääkärilehti, vol. 61, 6. 565–569.

Puhakka, M. 2007. Hapirirastinpotilaiden näkemyksiä elämänlaadustaan ja hoitohenkilökunnalta saadusta tuesta. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden opettajakoulutus. Kuopion yliopisto.

QPR Software Oy. 2008. Terveystienhuollon ratkaisut.

<http://www.qpr.fi/ratkaisut/qpr-software-terveydenhuollon-ratkaisut.html>. Viitattu 22.9.2010.

Rikkilä - Kettunen, E- M. Elämänhallinta pitkäaikaista happihoitoa käyttävillä potilailla - teemahaastattelu kotona asuville potilaille. 2001. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Rytilä, P. & Kinnula, V. 2005. Keuhkohtaumataudin varhaisdiagnostiikka - toimintakokeista tulehdustutkimuksiin. Aikakauskirja Duodecim, vol. 121, 22. 2421–2430.

http://terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo9533&p_haku=keuhkohtaumatauti. Viitattu 31.3.2011.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2011. Sairaanhoitajaliitto.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Viitattu 1.1.2011.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede, vol. 17, 4. 217–228.

Tarn, D. & Flocke, S. 2011. New Prescriptions: How Well Do Patients Remember Important Information? Family medicine, vol. 43, 4. 254–259.

<http://www.stfm.org/fmhub/fm2011/April/Derjung254.pdf>. Viitattu 6.5.2011.

Therox Kotihappihoitolaitteet. AGA.

[http://www.linde-healthcare.fi/international/web/lg/fi/like35lglgtfi.nsf/repositorybyalias/the-kotihappi/\\$file/THEROX%20kotihappihoitolaitteet.pdf](http://www.linde-healthcare.fi/international/web/lg/fi/like35lglgtfi.nsf/repositorybyalias/the-kotihappi/$file/THEROX%20kotihappihoitolaitteet.pdf). Viitattu 21.9.2010.

Tilastokeskus. 2009. Tupakkatilasto 2008.

http://www.tilastokeskus.fi/til/tup/2008/tup_2008_2009-12-04_fi.pdf. Viitattu 1.9.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Latvia: Gummerus.

Vaarama, M & Noro, A. 2005. Vanhusten palvelut. Suomalaisten terveys. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058. Viitattu 21.9.2010.

Valtionvarainministeriö. 2008. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Juhta- Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.doc>. Viitattu 22.9.2010.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki. Yliopistopaino.

Vesterinen, V. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. 5., uudistettu painos. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.) WS Bookwell Oy: Porvoo.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Julkaisemattomat lähteet

Kuntoutusohjaaja. 2009. Kotihappihoito hoitajalle -ohjausmateriaali, pdf. Meilahden sairaala, Keuhkosairauksien klinikka.

Kuviot

| | |
|---|----|
| Kuvio 1: Ohjauksen tarpeen määrittely prosessikuvassa | 26 |
| Kuvio 2: Ohjauksen toteutus prosessikuvassa | 30 |
| Kuvio 3: Hoidon jatkuvuuden varmistaminen prosessikuvassa | 32 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä | 21 |
| Taulukko 2: Esimerkki alaluokkien muodostumisesta | 22 |
| Taulukko 3: Esimerkki yläluokkien muodostamisesta | 22 |
| Taulukko 4: Esimerkki pääluokan muodostamisesta | 23 |

Liitteet

| | |
|--|----|
| Liite 1: Haastatteluteemat ja -kysymykset..... | 45 |
| Liite 2: Tiedote haastatteluun osallistuville | 46 |
| Liite 3: Suostumus haastatteluun osallistumisesta..... | 47 |
| Liite 4: Haastateltavien taustatietolomake | 48 |
| Liite 5: Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus | 49 |

Haastatteluteemat ja -kysymykset

Haastattelun teemat

1. Potilaan hoitopolku
2. Ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät
3. Ammattiryhmät, jotka osallistuvat potilaan ohjaukseen

Haastattelukysymykset

1. Millainen on kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan hoitopolku?
2. Mitkä ovat kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastoilla?
3. Mitkä eri ammattiryhmät osallistuvat kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjaukseen?

Tiedote haastatteluun osallistuville

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemestä ja teemme opinnäytetyötä HUS/HYKS Medisiinisen tulosityksikön Keuhkosairauksien klinikalle aiheenamme Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus. Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus ja tavoitteenamme on kotihappihoidon aloituksen tulevan potilaan ohjauksen kehittäminen vuodeosastoilla.

Toivomme, että kuulemme haastateltavilta kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksesta. Toivomme, että haastateltavat tuovat ajatuksiaan esiin omin sanoin. Toteutamme haastattelun vapaamuotoisena keskusteluna. Menetelmänä käytämme teemahaastattelua ja toteutamme haastattelun ryhmähaastatteluna.

Haastattelu nauhoitetaan, mutta nauhat tuhotaan kun opinnäytetyö on saatu valmiiksi. Haastateltavien henkilöllisyys ei käy ilmi opinnäytetyössä, ja haastattelutilanteessa voi halutesaan esiintyä anonyymisti. Arvioitu keskusteluaika on noin kaksi tuntia. Toivomme, että haastateltavina olisi 3 sairaanhoitajaa ja kuntoutushoitaja. Toivomme, että kullakin sairaanhoitajalla olisi vähintään 3 vuotta työkokemusta keuhkosairauksien klinikalta.

Haastattelun pohjalta laadimme kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvauksen. Prosessikuvaus tullaan vielä haastattelun jälkeen esittämään HUS/HYKS Medisiinisen tulosityksikön Keuhkosairauksien klinikan hoitohenkilökunnalle, jotta mahdolliset virheet saadaan korjattua.

Teemat, joita käsittelemme haastatteluissa, ovat:

1. Potilaan hoitopolku
2. Ohjauksen keskeinen sisältö ja ohjausmenetelmät
3. Ammattiryhmät, jotka osallistuvat potilaan ohjaukseen

Tarvittaessa meihin voi ottaa yhteyttä, vastaamme mielellämme teitä askarruttaviin kysymyksiin!

pauliina.hytonen@laurea.fi

marja.rantio@laurea.fi

Ystävällisin terveisin,

Pauliina Hytönen ja Marja Rantio

Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Pyydämme suostumustanne Kotihappihoidon aloitukseen tulevan potilaan ohjauksen prosessikuvaus - opinnäytetyön haastatteluun sekä haastattelun nauhoittamiseen. Nauhoitettu haastattelu tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Antamianne tietoja tullaan käsittelemään luotamuksellisesti.

Osallistun vapaaehtoisesti haastatteluun. Olen saanut informaatiota haastattelusta ja haastattelun tarkoituksesta. Olen tietoinen siitä, että voin keskeyttää milloin vain syytä ilmoittamatta.

____ / ____ 2010

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Haastateltavien taustatietolomake

Opinnäytetyöhön osallistuvien taustatiedot

Ikä:

18-24___25-31___ 32-38___ 39-45___ 46-52___ 53-59___ 60-65___

Sukupuoli: Mies___ Nainen___

Koulutus:_____

Kuinka monta vuotta olette työskennellyt terveydenhoitoalalla:_____ vuotta.

Kuinka kauan olette työskennellyt Keuhkosairauksien klinikalla:_____ vuotta.

[illegible]

